



# ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,  
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

## FAMÍLIAS VULNERÁVEIS DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUAIS CUIDADOS RECEBEM?

Marcela dos Santos<sup>1</sup>; Márcia Regina Martins Alvarenga<sup>2</sup>

UEMS, C. postal 351, 79804-970 – Dourados- MS, E-mail: [marcela\\_santos85@hotmail.com](mailto:marcela_santos85@hotmail.com)

<sup>1</sup>Bolsista de iniciação científica- PIBIC/UEMS. <sup>2</sup>Orientadora Professora Doutora do Curso de Enfermagem UEMS.

### RESUMO

Entende-se a importância de descrever qual o tratamento que recebem as famílias e os idosos vulneráveis, pelo fato de poder trabalhar com uma política social com especificidade a esses grupos de idosos e familiares, portanto, poder encaminhá-los ao serviço de Atenção Básica. A pesquisa tem como objetivo de identificar e descrever a assistência prestada pela Atenção Básica de Saúde aos idosos e seus familiares que se encontram em situação de vulnerabilidade social e o grau de desenvolvimento da família. É um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa, desenvolvido nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Dourados, MS. Critérios de inclusão: idosos vulneráveis ou que vivem em famílias vulneráveis já entrevistados na pesquisa Monitoramento de Famílias de idosos em situação de vulnerabilidade cadastrada na PROPP/UEMS. Identificaram-se duas famílias em situação de vulnerabilidade muito grave, 148 com vulnerabilidade grave e 350 em vulnerabilidade aceitável. As dimensões mais críticas do IDF foram: acesso ao conhecimento e o acesso ao trabalho. Discutir estes resultados em seminários com os profissionais envolvidos para trabalhar estratégias de intervenção. Conclui-se à partir do DSC que a identificação é feita pelos ACS e a assistência é destinada ao idoso especificamente, mas a família não está em enfoque nessa assistência, seria de suma importância que visassem instruir e subsidiar a família para que se possa haver um cuidado diferenciado, o cuidador em vulnerabilidade enfrenta sérias dificuldades para realizar e participar da integração da saúde e do convívio social do idoso. A elaboração de protocolos ou manuais técnicos para atender situação de vulnerabilidade com o

intuito de preparar a equipe de profissionais para lidar com o assunto de maneira eficaz e sistemática se faz necessário.

**Palavras-Chave:** Vulnerabilidade em saúde, Família, Atenção Primária à saúde e Idoso.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico, que envolve diversos aspectos, como: saúde física, saúde mental, capacidade funcional, suporte social/familiar e independência financeira. Caracteriza-se e diferencia-se fisiologicamente para cada indivíduo de forma única, mas depende diretamente dos aspectos: socioeconômico, cultural, político e histórico (ALVARENGA et al., 2011a).

Essa etapa da vida envolve vários aspectos que irão indicar se o indivíduo atingirá a velhice com qualidade de vida, evitando ou amenizando várias morbidades que são comuns para essa fase de vida ou se ficará vulnerável a esses fatores. Um desses fatores é a adversidade socioeconômica que envolve a alfabetização e uma profissão qualificada com uma remuneração boa, pois a maioria dos idosos brasileiros, hoje com 60 anos ou mais, nasceu em áreas rurais (SCHMIDT et al., 2011) .

A vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz o que quer, e ao mesmo tempo, se expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde. Refere-se à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe, e de como ela utiliza (PAZ, SANTOS, EIDT, 2006)

A vulnerabilidade social do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentada no cotidiano pela população envelhecida. Tais circunstâncias referem-se aos aspectos relacionados a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros (PAZ, SANTOS, EIDT, 2006). Ainda segundo os mesmos autores, no Brasil, o baixo valor das aposentadorias constitui uma vulnerabilidade social, pois expõe não apenas pessoas idosas, mas todo o grupo familiar que sobrevive com esse recurso. As baixíssimas aposentadorias não conseguem promover condição social adequada, ao alcance da qualidade de vida.

A vulnerabilidade programática engloba o acesso e a forma de organização dos serviços de saúde. Inclui, ainda, programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle (PAZ, SANTOS, EIDT, 2006). Portanto, reporta-se aos recursos sociais de que

as pessoas necessitam para não se exporem aos agravos “se protegerem de seus danos que sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático”.

Segundo Eschiletti et al., (2009, p. 404)

*“vulnerabilidade social é uma denominação utilizada para caracterizar famílias expostas a fatores de risco, sejam de natureza social ou ambiental, que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas”.* Tais riscos estão, em geral, associados a eventos de vida negativos, que potencializam e predispõem a resultados e processos disfuncionais de ordem física, social e/ou emocional”.

Segundo Gomes e Pereira (2005), a família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal; é um espaço que são absorvidos os valores éticos e morais, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. E também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.

Embora a estrutura familiar mais encontrada seja a multigeracional, isto não garante que a família esteja preparada para o ato de cuidar do idoso. As principais limitações frente ao ato de cuidar estão relacionadas aos aspectos de ordem financeira, pessoal e social. O apoio familiar, portanto, está relacionado ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social (PAVARINI et al, 2009). 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” (segundo SHEPARD and MAHON, 2002 apud PAVARINI et al., 2009 p. 375).

Estes conceitos legitimam a mudança ocorrida na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pois embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da PNSPI (BRASIL, 2006).

Portanto, é importante que se identifiquem esses grupos vulneráveis e se descreva qual o tratamento recebem pelo fato de poder trabalhar com uma política social com especificidade a esses grupos de idosos e familiares, deste modo, poder encaminhá-los ao serviço de Atenção Básica, bem como ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa. Desenvolvido nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Dourados, MS. Critérios de inclusão para os idosos: idosos vulneráveis ou que vivem em famílias vulneráveis já entrevistados na pesquisa Monitoramento de famílias de idosos em situação de vulnerabilidade cadastrada na PROPP/UEMS. Para determinar o índice de vulnerabilidade do idoso foram analisadas as variáveis: acesso à informação, condições de saúde, risco nutricional, grau de dependência para o autocuidado e estado cognitivo. Critérios de inclusão para os familiares: utilizado o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) e considerar-se-á situação de vulnerabilidade muito grave para IDF abaixo de 0,50; grave quando IDF ficou entre 0,50 e 0,67 e aceitável para IDF acima de 0,67. Critérios de inclusão para os profissionais de saúde e serviço social: estar exercendo a função há mais de seis meses e agendar a data para a entrevista. Os dados numéricos foram analisados através de medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão). A entrevista foi semi-estruturada tendo como questões norteadoras: a) “enquanto profissional da saúde (ou assistência social) como você percebe a vulnerabilidade do idoso e/ou de sua família?”; b) “qual o tipo de assistência que é prestada para o idoso e/ou sua família quando em situação de vulnerabilidade?”. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, onde compreendeu as seguintes etapas: Identificação das expressões-chave das respostas de cada questão; Identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave; Seleção das expressões-chave representatividade cada idéia central; Distinção entre as idéias centrais semelhantes, complementares e diferentes; Reunião das expressões-chave e composição dos Discursos do Sujeito Coletivo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 500 famílias integradas com idosos assistidos por equipes da ESF, totalizando 1.304 pessoas (500 idosos e 804 membros da família). Entre os idosos entrevistados, predominaram mulheres (65,6%), com idade média de 71,9 anos, sendo a amplitude de 60 a 100 anos de idade (Me=72,0; dp=7,9).

O arranjo familiar mais comum foi a família multigeracional, na qual o idoso reside com várias pessoas, que podem ser os filhos, netos, genros, noras e o próprio cônjuge, contando com uma média de dois membros, máximo de 13 membros e mínimo de um membro.

**Tabela 1** - Perfil dos idosos entrevistados distribuídos em 32 Estratégias de Saúde da Família. Dourados, MS, 2012.

<b>Perfil dos Idosos</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	172	34,4
Feminino	328	65,6
<b>Faixa etária</b>		
60 – 69 anos	212	42,4
70 – 79 anos	199	39,8
80 anos e mais	89	17,8
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	177	35,4
1 – 4 anos	248	49,6
5 – 8 anos	53	10,6
9 anos e mais	22	4,4
<b>Tipo de Benefício</b>		
Nenhum	63	12,6
Pensão	68	13,6

Aposentadoria	310	62,0
Outros	59	11,8
<b>Arranjo Familiar</b>		
Mora só	84	16,8
Mora com cônjuge	144	29,0
Mora com filhos	54	10,8
Mora com outras pessoas	218	43,4
<b>Renda per capita</b>		
< R\$ 155,00	18	3,6
> R\$ 155,00 e < R\$ 311,00	37	7,4
≥ R\$ 311,00	445	89,0

---

\* O valor de referência do salário mínimo era de R\$ 622,73.

Em relação à caracterização dos membros da família, prevaleceu o sexo masculino (53,9%), na faixa etária de 21 a 59 anos (46,8%), com média de idade de 44,1 anos, sendo a menor idade abaixo de um ano e a máxima de 91 anos, mediana de 37,5 (DP= 25,4). A maioria (59,1%) havia concluído apenas o ensino fundamental.

Dentre as 500 famílias pesquisadas, duas se encontraram em situação de vulnerabilidade muito grave conforme o IDF conforme pode ser observado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Perfil das famílias em vulnerabilidade muito grave conforme as dimensões do IDF, Dourados, MS. 2012.

	<b>Família 22</b>	<b>Família 2-129</b>
Ausência de vulnerabilidade	0,31	0,75
Acesso ao conhecimento	0,0	0,17
Acesso ao trabalho	0,17	0,17
Disponibilidade de recursos	0,67	0,33
Desenvolvimento Infantil	0,72	0,39
Condições habitacionais	0,80	0,70
<b>IDF geral</b>	<b>0,4915</b>	<b>0,4915</b>

A família 22 é constituída por uma senhora de 75 anos, casada, analfabeta, aposentada, renda *per capita* de R\$ 274,57. Reside em moradia própria com mais seis pessoas, sendo o cônjuge de 82 anos, analfabeto, um filho de 46 anos com dois anos de

estudo, duas netas adolescentes com 15 e 16 anos (sete e nove anos de estudo, respectivamente), um neto de seis anos, que ainda não iniciou atividade escolar, e a nora com 45 anos, com oito anos de estudo.

A família 2-129 é formada por um senhor de 65 anos, casado, com dois anos de estudo, sem recurso financeiro próprio, com renda *per capita* de R\$ 42,86. Não possui casa própria, morando em casa cedida com mais seis pessoas: a cômputo de 53 anos, com dois anos de estudo, quatro filhos (com idades de 32, 25, 20 e 17 anos e cinco anos de estudo, em média) e uma filha de 12 anos, com 6 anos de estudo.

A Tabela 3 apresenta o índice geral, os valores mínimos e máximos, a média e o desvio padrão de cada dimensão. Dentre as seis dimensões analisadas, duas se destacaram com grau de vulnerabilidade muito grave: o acesso ao conhecimento e o acesso ao trabalho.

**Tabela 3** – Estatística descritiva das dimensões do IDF Geral das famílias em situação de vulnerabilidade muito grave. Dourados, MS. 2013.

<b>Dimensões</b>	<b>Índice</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DP</b>
Ausência de vulnerabilidade	0,77	0,31	0,94	0,81	0,10
Acesso ao conhecimento	0,30	0,00	1,00	0,17	0,19
Acesso ao trabalho	0,38	0,00	1,00	0,17	0,27
Disponibilidade de recursos	0,92	0,00	1,00	1,00	0,18
Desenvolvimento Infantil	1,00	0,70	1,00	1,00	0,04
Condições habitacionais	0,70	0,28	1,00	0,72	0,11

### **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para os entrevistados**

Participam em discursos individuais 7 enfermeiros das 8 ESF envolvidas na pesquisa, ESF 33 – Vila Vieira com quatro famílias; ESF 35 – Ouro Verde com seis famílias; ESF 17 – Vila São Braz com oito famílias; ESF 37 – Ouro Verde com sete famílias; ESF 39 – Altos do Indaiá com seis famílias; ESF 26 – Jardim Carisma com quatro famílias; ESF 21 – Bairro João Paulo II com duas famílias; ESF 27 – Jóquei Clube com sete famílias. e 4 assistentes sociais de CRAS diferentes, sendo que o CRAS do Água Boa atende a Vila Vieira e Vila Industrial; CRAS Canaã I que atende ao Jardim Carisma e Jardim Ouro Verde; CRAS Parque do Lago II que atende ao Altos do Indaiá; CRAS Jóquei Clube que atende ao João Paulo II, Vila São Braz e Jardim Jóquei

Clube. Os atendimentos mencionados são somente dos envolvidos na pesquisa.

O quadro 1 representa a (primeira questão a) “*enquanto profissional da saúde (ou assistência social) como você percebe a vulnerabilidade do idoso e/ou de sua família?*” e o quadro 2, representa a (segunda questão b) “*qual o tipo de assistência que é prestada para o idoso e/ou sua família quando em situação de vulnerabilidade?*”. Duas tabelas foram elaboradas em correspondência com as IC: (A) Processo de Identificação e IC: (B) Assistência/ ou encaminhamento Prestado.

**Quadro 1.** Idéia Central A (IC- A) e DSC- A dos enfermeiros.

IC (A)	DSC (A)
Processo de Identificação	<i>É identificado através do Agente Comunitário de Saúde. E que posteriormente pode ser uma visita tanto minha quanto do médico. O ACS sempre esta na casa, convive mais com os familiares, ele faz uma visita de rotina com maior frequência. No caso, para fazer esse levantamento para identificar a vulnerabilidade do idoso é mais o ACS que faz esse papel. A gente detecta que é um idoso vulnerável através do ACS que é o nosso informante através da visita domiciliar.</i>



O resultado do DSC demonstra que a vulnerabilidade é visualizada primeiramente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), através de visita domiciliar que é de forma rotineira em famílias em situações vulneráveis, onde a visita domiciliar é uma das atribuições do ACS. Entendemos que o ACS é o elo entre a equipe profissional e a comunidade para que se possa trabalhar a promoção e prevenção em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2009):

*São atribuições dos ACS analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e deficiência mental, participarem das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade.*

Entendemos que a identificação feita pelo ACS, é à partir de observações em seu ambiente de convivência, e se evidenciadas situações precárias em saúde ou social é passado para o enfermeiro da ESF, onde é feito uma averiguação através da visita com a equipe interdisciplinar, para que seja estudado o caso e montado o plano de assistência em saúde ou encaminhamento aos serviços de apoio especializado. Mas é perceptível que falta uma preparação aos ACS, ou seja, podemos observar que somente reconhecem a vulnerabilidade em um contexto extremo, e que o conceito vulnerabilidade precisa ser ampliado e ter como um instrumento que identifique a vulnerabilidade.

Para Alvarenga (2011): *O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde nos serviços da Atenção Básica. Sua finalidade é identificar as necessidades de saúde dessas famílias, com vistas à intervenção. Entretanto, ações de vigilância muitas vezes são negligenciadas por equipes da ESF, quer por falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade, quer porque tais equipes não contam com instrumentos e recursos necessários.*

**Quadro 1.1** Idéia Central A (IC-A) e DSC- A dos Assistentes Sociais

IC (A)	DSC (A)
Processo de Identificação	<i>Eu percebo a vulnerabilidade a partir do momento que a gente faz a visita. O ACS que já tem esse trabalho na comunidade elas encaminham, é feita uma visita domiciliar, onde nós avaliamos a renda familiar e o contexto familiar geral da pessoa idosa. Geralmente as questões da saúde já trazem alguns casos pra gente. Às vezes a gente fica sabendo até mesmo pela participação deles no grupo do Serviço de fortalecimento de vínculos, através disso a gente faz a busca ativa.</i>

A vulnerabilidade é percebida através do sistema de saúde que encaminha os casos que envolvem questões sociais e busca ativa ou busca espontânea, onde é realizado visita domiciliar e através do preenchimento de um questionário socioeconômico que visa especificar renda familiar e gastos, condições de moradia e em saúde, conhecer melhor os contextos sociais das famílias em situação de vulnerabilidade.

De acordo com Brasil (2009):

*A busca ativa identifica também as potencialidades e recursos culturais, econômicos, sociais, políticos, a oferta de serviços setoriais e acessos da população a esses serviços, as redes de apoio informais das famílias e as necessidades de articulação da rede socioassistencial para efetividade da proteção social. Contribui ainda para a definição de projetos coletivos a serem priorizados ou incentivados e identifica e estimula os potenciais sociais existentes, favorecendo a participação cidadã das famílias atendidas pelo PAIF.*

Após a identificação do idoso ou família em situação de vulnerabilidade, deve-se buscar realizar as intervenções, por ações em questões de saúde quanto em questões sociais, o que podemos visualizar no DSC da tabela 2.

Observou-se que quando em situação de vulnerabilidade é prestado assistência em saúde no geral e feito encaminhamentos a órgãos especializados, quando não compete mais ao enfermeiro agir. Mas a falta de recursos para atender esse idoso ou família, pois geralmente a família que cuida do idoso é vulnerável, as mesmas não dispõem de recursos financeiros, de transporte e necessita da ação do enfermeiro para que possa ser

feito os procedimentos. Os recursos são essenciais para que se possam elaborar os planos de cuidados e questões sociais. As famílias e idosos precisam receber orientações intervenções da equipe interdisciplinar, mas se essa equipe não tem um meio de transporte para que se possa ir até a residência ou para encaminhar esse idoso ou familiar para realizar algum procedimento, somente a identificação não basta tem que ter recursos para operacionalizar essa assistência.

Para Paz et. al. (2006):

*Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. Tais transformações devem ser alicerçadas nas relações intersectoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Assim, acreditasse na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.*

Quadro 2. Idéia Central B (IC- B) e DSC- B dos enfermeiros.

IC (B)	DSC (B)
Assistência/ ou encaminhamento prestado	<b><i>O que é de minha competência vou fazer, e o que não é da minha competência aciono outros órgãos CRAS, CREAS ou Conselho do Idoso. É feito orientações pra família e visita de rotina com ACS e com auxiliar de enfermagem ou eu vou ou até mesmo o próprio médico. Na visita domiciliar procura ver qual é o problema que está acontecendo com esse idoso vê se é só para assistência de saúde que a gente pode oferecer, então assim, caso que eu tive que intervir além das condições de enfermeiro. Tem a visita domiciliar da enfermeira, do médico, da dentista, das auxiliares de enfermagem, da equipe inteira, pois a equipe inteira irá bolar estratégias para solucionar o problema. Fazer a visita domiciliar para identificar qual a real condição. A medida é interferir de alguma forma quanta orientação, se já passa por um problema social aciono o CRAS.</i></b>

O quadro 2.1, apresenta o DSC prestado pela assistência social, onde os recursos utilizados não se diferem das ações realizadas por esse serviço, a assistência é ofertada conforme o contexto social analisado da pessoa idosa. Quando a situação de vulnerabilidade vai além desses recursos é feito um encaminhamento ou é trabalhado em conjunto com órgãos especializados.

Segundo Brasil (2009):

O trabalho social com famílias depende de um investimento e uma predisposição de profissionais de diferentes áreas a trabalharem coletivamente, com objetivo comum de apoiar e contribuir para a superação das situações de vulnerabilidade e fortalecer as potencialidades das famílias usuárias dos serviços ofertados no CRAS.

**Quadro 2.1** Idéia Central B (IC-B) e DSC- B dos Assistentes Sociais

IC (B)	DSC (B)
Assistência/ ou encaminhamento Prestado.	<i>Quando há violação de direito aciono o CREAS, quando há algo que você possa fazer, encaminhar agente leva a cesta, o cobertor que é o benefício que a gente tem aqui. Após a identificação o papel do profissional é fazer os encaminhamentos necessários, quais são: para o serviço de fortalecimento de vínculos, aciona a rede quando necessária essa rede seria saúde e educação. As questões socioeconômicas nós fazemos a intermediação com a saúde, habitacional e previdenciária. A gente começa fazer o acompanhamento familiar o e o acompanhamento social.</i>

## CONCLUSÃO

Finalizada a pesquisa, conclui-se à partir do DSC que a identificação é feita pelos ACS e a assistência é destinada ao idoso especificamente, mas a família não está em enfoque nessa assistência, seria de suma importância que visassem instruir e subsidiar a família para que se possa haver um cuidado diferenciado, o cuidador em vulnerabilidade enfrenta sérias dificuldades para realizar e participar da integração da saúde e do convívio social do idoso. A elaboração de protocolos ou manuais técnicos para atender situação de vulnerabilidade com o intuito de preparar a equipe de profissionais para lidar com o assunto de maneira eficaz e sistemática se faz necessário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA MRM, OLIVEIRA MAC, FACCENDA O, SOUZA RA. **Perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família**. Cogitare Enf. 2011 a; 16(3):478-85.

ALVARENGA MRM, OLIVEIRA MAC, FACCENDA O, AMENDOLA F. **Avaliação do risco nutricional em idosos assistidos por equipes da Saúde da Família**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010; 44(4):1046-51.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social e Combate à Fome. **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência social- CRAS**. 1ª ed. 72 p. Brasília; 2009. Acessado em 18/07/2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/orientacoes-tecnicas-centro-de-referencias-de-assistencia-social-cras-1-1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Pessoa Idosa. Portaria N° 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Acesso em: 22/04/2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília (DF); 2009.

CARVALHO M, BARROS RP, FRANCO S. **Índice de desenvolvimento da Família**. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. **Família: redes e, laços e políticas**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais/ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007,241-65.

ESCHILETTI LP, COUTO MCPP e KOLLER SH. **Famílias em Vulnerabilidade Social: Rastreamento de Termos Utilizados por Terapeutas de Família**. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Jul-Set 2009. Vol. 25 n. 3, pp. 403-408.

GOMES MA e PEREIRA MLD. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas**. In: Kaloustian SM & Ferrari M 1994. Introdução, pp. 11-15. In: SM Kaloustian (org.). **Família brasileira, a base de tudo**.2005 Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza CE.

LEFEVRE F. et al., **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS. 2000, 138p.

PAVARINI SCI, BARHA EJ, MENDIONDO MSZ, FILIZOLA CLA, PETRILLI JF FILHO, SANTOS AA. **Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários**. *Ver Latino-am Enfermagem*. 2009, 17(3): 374-379.

PAZ AA, SANTOS BRL e EIDT OR. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. *Acta Paul Enferm*. 2006, 19(3): 338-342.

SANTOS CS, CERCHIARI EAN, ALVARENGA MRM, FACCENDA O, OLIVEIRA MAC. **Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em Idosos e associações com variáveis sociodemográficas**. *Cogitare Enferm*. 2010, 15(3):406-12.

SCHMIDT ML. et al., **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Saúde no Brasil 4. Acesso 16/04/2013. Disponível em: [HTTP://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brasil/brasilpor4.pdf](http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brasil/brasilpor4.pdf)