

**Sheila Marta Carregosa Rocha
(Organizadora)**



**Políticas de
Envelhecimento
Populacional 4**

Atena
Editora
Ano 2019

**Sheila Marta Carregosa Rocha
(Organizadora)**



**Políticas de
Envelhecimento
Populacional 4**

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P769	Políticas de envelhecimento populacional 4 [recurso eletrônico] / Organizadora Sheila Marta Carregosa Rocha. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Políticas de Envelhecimento Populacional; v. 4) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-779-6 DOI 10.22533/at.ed.796191311 1. Envelhecimento – Brasil – Estatísticas. 2. Idosos – Brasil – Condições sociais. I. Rocha, Sheila Marta Carregosa. II. Série. CDD 305.260981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Políticas de Envelhecimento Populacional 2” é uma obra composta de quatro volumes que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe suas partes com seus respectivos capítulos. Cada volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

Este quarto volume está dividido em 5 (cinco) partes com 32 artigos. A parte I contempla as doenças de maior incidência no século XXI, Depressão, Alzheimer e Acidente Vascular Cerebral; A segunda parte traz outras patologias que estão relacionadas não somente com a idade avançada, mas que merecem atenção e cuidados. A terceira parte está voltada para discussão sobre a saúde pública quando o protagonista é a pessoa idosa; a quarta parte traz as contribuições da nutrição e a quinta fechando a discussão deste volume com a Farmacologia.

Tendo como objetivo central estruturar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos o sujeito de pesquisa é a pessoa idosa, e a linha condutora foi o aspecto relacionado ao envelhecimento com suas patologias e cuidados com a saúde.

Deste modo a obra Políticas de Envelhecimento Populacional 2, volume 4, apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos pesquisadores que, incansavelmente desenvolveram seus trabalhos, aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulgarem seus resultados.

Sheila Marta Carregosa Rocha

SUMÁRIO

PARTE I – DEPRESSÃO, ALZHEIMER E AVC

CAPÍTULO 1 1

FATORES DETERMINANTES PARA A DEPRESSÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Isabela Gomes de França
Isabel Laize Vituriano Veras
Lorena Yngrid Gomes Dantas
Samyra Kelly de Lima Marcelino
Larissa Régia da Fonsêca Marinho
Ana Katherine Romero Ferreira
Rejane Maria Paiva de Menezes

DOI 10.22533/at.ed.7961913111

CAPÍTULO 2 9

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO PERÍODO DA SENESCÊNCIA: RELATO DE CASO

Ana Lívia de Souza Barbosa
Rachel Hellen Monteiro da Costa
Carina Scanoni Maia
Ellen Monick Moreira dos Santos
Jennifer Natallye Silva Brasil
Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos Jordão

DOI 10.22533/at.ed.7961913112

CAPÍTULO 3 19

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM IDOSOS

Bruna Araújo de Sá
Beatriz Pereira Alves
Danilo Paulo Lima da Silva
Ericka Raiane da Silva
Izabel Cristina Andrade de Sá Guedes
Janielle Tavares Alves
Joyce de Souza
Maisa Galdino Pereira
Maria Heloisa Alves Benedito
Larissa Clementino de Moura
Vitória Sales Firmino
Rafaela Rolim de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.7961913113

CAPÍTULO 4 27

NANOTECNOLOGIA: UMA NOVA POSSIBILIDADE PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Renata Maria Vieira Nogueira
Renan Diego Vieira Nogueira
Valeska Silva Lucena
Maria Elaine Cristina Araruna
Layslla Caroline Araujo Almeida
Narlize Silva Lira Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.7961913114

CAPÍTULO 5 33

O IMPACTO DAS MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA NA PREVENÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Clarissa Souza Hamad Gomes

João Pedro Chaves Luna Cavalcante Castro

DOI 10.22533/at.ed.7961913115

CAPÍTULO 6 44

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO ASSOCIADO À DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS ASPECTOS GENÉTICOS E FARMACOLÓGICOS

Amanda Geovana Pereira de Araújo

Maria das Graças Morais de Medeiros

Mariana Ferreira Nunes

Tainá Oliveira de Araújo

Carliane Rebeca Coelho da Silva

Igor Luiz Vieira de Lima Santos

DOI 10.22533/at.ed.7961913116

CAPÍTULO 7 55

QUEDAS E DESEMPENHO COGNITIVO ENTRE IDOSOS DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA EM UMA CAPITAL BRASILEIRA

Márcia Andréa Gonçalves Leite

Mércia Aurélia Gonçalves Leite

Marcilio Sampaio dos Santos

Ana Luiza Lima Sousa

DOI 10.22533/at.ed.7961913117

CAPÍTULO 8 66

MAL DE ALZHEIMER: ANÁLISE DAS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS EM IDOSOS

Rayana Uchôa Pontes de Melo

Ricardo Lúcio Dantas e Rodrigues de Lima

Janine Albuquerque de Carvalho Oliveira

Carla Renata Perazzo Lira

DOI 10.22533/at.ed.7961913118

PARTE 2 - PATOLOGIAS

CAPÍTULO 9 73

A IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS NA INTERVENÇÃO COGNITIVA E MOTORA EM PACIENTES COM ALZHEIMER E A INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diego Barbosa da Silva

Barbara Dayane Araújo de Sousa

Giovanna Alcantara Falcão

Thalia Ferreira Amancio

Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.7961913119

CAPÍTULO 10 80

ANÁLISE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA DABIGATRANA COMO ANTICOAGULANTE EM IDOSOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Kaique de Souza Gomes

Diones David da Silva

Vinnícius de Sousa

Antônio Bonildo Freire Viana
Igor Rodrigues Suassuna
Matheus de Pontes Medeiros
Hermann Felipe Santos Nascimento
Saulo Rios Mariz

DOI 10.22533/at.ed.79619131110

CAPÍTULO 11 92

FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONCEITOS E MECANISMOS ENVOLVIDOS

Mylena Oliveira da Costa Pereira
Danielle De Azevedo Batista
Débora Renally Mendes de Souza
Isabel Luiza do Nascimento Ginú
Suênia Karla Pacheco Porpino

DOI 10.22533/at.ed.79619131111

CAPÍTULO 12 103

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM LESÃO POR PRESSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lucas Barreto Pires Santos
Ana Cristina de Oliveira e Silva
Maria Eliane Moreira Freire
Jacquelane Silva Santos
Maria Aparecida Cavalcanti Catão
Damião Romero Firmino Alves
Herbert Kauan Alves Martins
Janislei Soares Dantas
Jardeliane Moama dos Santos Domingos
Rebeca Rocha Carneiro
Patrícia da Silva Araújo

DOI 10.22533/at.ed.79619131112

CAPÍTULO 13 114

FATORES QUE DIFICULTAM O ATENDIMENTO AO IDOSO COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Rosângela Alves Almeida Bastos
Rosilene Alves de Almeida
Francisca das Chagas Alves de Almeida
Rita de Cássia Sousa Silva
Karla Fernandes da Silva
Raissa Silva do Nascimento
Lesandra Ramos da Silva

DOI 10.22533/at.ed.79619131113

CAPÍTULO 14 121

FATORES ASSOCIADOS À DOR EM MEMBROS INFERIORES DE IDOSOS DA COMUNIDADE

Vanessa da Nóbrega Dias
Weslley Barbosa Sales
Alini Silva do Nascimento Farias
Ana Flávia da Silva Souza
Romildo Arcanjo do Nascimento Filho
Tisiany Felicia Teixeira de Oliveira
Eldja Raquel Ferreira da Silva
Ana Caroline Pereira

DOI 10.22533/at.ed.79619131114

CAPÍTULO 15 133

PESSOAS QUE CONVIVEM COM A DIABETES *MELLITUS*: DIALOGANDO SOBRE AUTONOMIA DOS SUJEITOS

José Adailton Da Silva
Juliana Iscarlaty Freire de Araújo
Richienne Thailane do Patrocínio Doval
Kátara Gardênia Soares Alves
Yara Ribeiro Santos de Souza
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

DOI 10.22533/at.ed.79619131115

CAPÍTULO 16 140

SÍNDROME DO IMOBILISMO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA

Priscilla Ferreira Lemos
Rejane da Costa Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.79619131116

CAPÍTULO 17 148

VULNERABILIDADE DOS IDOSOS FRENTE AO HIV/AIDS

Allanna Stephany Cordeiro de Oliveira
Luís Eduardo Alves Pereira
Janine Greyce Martins de França
Tatiane Maria da Silva
Josefa Caetano da Silva
Marcio Cavalcante Marcelino
Rayza Brenda Tomaz Barbosa da Silva
Camila Firmino Bezerra
Rosany Casado de Freitas Silva
Talita Costa Soares Silva
Victor Kennedy Almeida Barros
Shirley Antas de Lima

DOI 10.22533/at.ed.79619131117

PARTE 3 – SAÚDE PÚBLICA

CAPÍTULO 18 158

SAÚDE PÚBLICA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL: TRANSFORMAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS NA SOCIEDADE

Diógena Bezerra da Rocha
Roberta Machado Alves

DOI 10.22533/at.ed.79619131118

CAPÍTULO 19 170

PERCEPÇÃO DO IDOSO ACERCA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA, NO ESTADO DA PARAÍBA

Janine Florêncio de Souza
Amanda Camurça de Azevedo
Ana Cecília de Souza Moraes Clementino
Dalila Maria Trovão de Souza
Emanuella de Castro Marcolino
Francisco de Sales Clementino
Gabriel Oliveira Campos
Larissa Karoline de Sousa Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.79619131119

CAPÍTULO 20 180

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ACOMPANHANTE IDOSO NO AMBIENTE HOSPITALAR:
NOVAS DEMANDAS NAS PAUTAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Lécia Alves Soares Pontes

DOI 10.22533/at.ed.79619131120

CAPÍTULO 21 195

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS NO DOMICÍLIO

Arianna Oliveira Santana Lopes

Alessandra Souza de Oliveira

Jessika Santos Brito

Luciana Araújo dos Reis

Larissa Chaves Pedreira

DOI 10.22533/at.ed.79619131121

CAPÍTULO 22 203

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM IDOSA ATENDIDO
EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Joyce Barbosa Peres da Silva

Ana Ruth Barbosa de Sousa

Anderson Belmont Correia de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.79619131122

CAPÍTULO 23 208

UTILIZAÇÃO E ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Bruno Araújo Novais Lima

Robson Prazeres de Lemos Segundo

Ana Luísa Malta Dória

Ana Laura Carvalho Leite Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.79619131123

CAPÍTULO 24 216

CAUSAS DE ÓBITOS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Micheline Veras de Moura

Elka Antunes Falcão de Medeiros

Karla Cristina Walter

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Adriana Montenegro de Albuquerque

Ana Elza Oliveira de Mendonça

DOI 10.22533/at.ed.79619131124

PARTE 4 – NUTRIÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS

CAPÍTULO 25 223

EFEITO DA SUPLEMENTAÇÃO DO SUCO DE BETERRABA NA PRESSÃO ARTERIAL DE IDOSOS

Alana Monteiro Bispo da Silva

José Wilton Pinto Pessoa

Flávio Anselmo Silva de Lima

Erick Job Santos Pereira da Silva

Bertiklis Joas Santos Oliveira

Diego Félix Cruz

Ítalo Fonseca de Oliveira

CAPÍTULO 26 231

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS INTERNADOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL ESCOLA NO RECIFE-PE

Nívola Beatriz Mendonça de Arruda

Ana Carolina Ramos de Araújo

Laura Mata de Lima Silva

DOI 10.22533/at.ed.79619131126

CAPÍTULO 27 242

FATORES ASSOCIADOS A XEROSTOMIA EM UMA POPULAÇÃO DE PESSOAS NA TERCEIRA IDADE

Manuel Antonio Gordón-Núñez

Ítalo de Macedo Bernardino

Maxsuel Bezerra da Silva

Matheus Ferreira Andrade

Breno Macêdo Maia

Illan Hadson Lucas Lima

Arielly Sander da Silva Araújo

Danielly Porto Pereira Henriques

Milena Stephanie Cardoso Dantas Paiva

Jose Wittor de Macedo Santos

DOI 10.22533/at.ed.79619131127

PARTE 5 – FARMACOLOGIA

CAPÍTULO 28 253

IATROGENIA ASSOCIADA À POLIFARMÁCIA NO IDOSO

Lucas Barbosa Anastacio

Renata Esteves Frota

Rodolfo Barbosa de Freitas

Amanda Alencar Silva Benevides

Dante Oliveira de Assis

Laryssa Maria Martins Morais

Marina Suênia de Araújo Vilar

Matheus de Luna Seixas Soares Lavor

Sávio Macedo Farias

DOI 10.22533/at.ed.79619131128

CAPÍTULO 29 264

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO CUIDADO AO IDOSO PORTADOR DE NEUROPATIA DIABÉTICA

Letícia da Silva Schmidt

Kaline de Araújo Medeiros

Vivianne Marcelino de Medeiros Candeia

Natália Tabosa Machado Calzerra

Thaiza Leite Rolim Wanderley

DOI 10.22533/at.ed.79619131129

CAPÍTULO 30 274

BENEFÍCIOS E MALEFÍCIOS DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL EM MULHERES MENOPAUSADAS

Andreyra Raquel Pereira Nascimento

Brenda Kercya da Silva Farias
Wemerson Lourenço da Silva
Gabriela da Silva Nascimento
Joilsa Fernanda Cândido dos Santos
Matheus Morais de Oliveira Monteiro
Luiz Henrique César Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.79619131130

CAPÍTULO 31 286

IDOSOS E O USO DESORDENADO DE PSICOFÁRMACO NA ATENÇÃO BÁSICA

Jaqueline Maria Silva dos Santos
Raiane Jordan da Silva Araújo
Raquel Ferreira Lopes

DOI 10.22533/at.ed.79619131131

CAPÍTULO 32 291

INFECÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS E SUA RELAÇÃO COM A IMUNOSSENESCÊNCIA NO IDOSO - REVISÃO LITERÁRIA

Renan de Brito Caldas
Gabriela Reis Guimarães
Gilvan Gilson de Medeiros Júnior
Laryssa Pimentel Marques
Pedro da Silva Campana

DOI 10.22533/at.ed.79619131132

SOBRE A ORGANIZADORA..... 298

ÍNDICE REMISSIVO 299

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ACOMPANHANTE IDOSO NO AMBIENTE HOSPITALAR: NOVAS DEMANDAS NAS PAUTAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Lécia Alves Soares Pontes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte –
UFRN
Natal - RN

RESUMO: Em face da vivência do estágio no Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos em Natal/RN, pudemos observar pessoas da terceira idade na condição de acompanhante. O contato com esses cidadãos, nos possibilitou conhecer o perfil socioeconômico e as expressões da questão social impressas no seu cotidiano. Daí, a ideia de abordarmos um tema voltado ao idoso enquanto acompanhante, proposto a identificar as dificuldades enfrentadas, por este, no ambiente hospitalar, bem como trazermos uma discussão sobre a construção dos direitos da pessoa idosa no Brasil; como e em que momento se deram as conquistas desses direitos bem como as batalhas que ainda são travadas pelos sujeitos/cidadãos - idosos ou não - para mantê-los em vigor; as dificuldades enfrentadas e os estigmas comumente atribuídos às pessoas pertencentes ao grupo etário denominado de terceira idade e a segregação que se estabelece por parte, não só da sociedade, mas também, e muitas vezes, dos próprios familiares. Para esta construção, tivemos como base bibliográfica autores como CAMARANO; PASINATO; BRAVO; PAIVA entre

outros, que abordassem o assunto. Entretanto, para a figura do cuidador com esse recorte etário, não há estudos que nos abasteçam de dados concretos. Os instrumentais utilizados para obtenção e transcrição das informações foram questionário e gravador. Por fim, a análise das informações, mostraram que para além da nossa percepção das dificuldades – físicas pessoais e ambiental -, havia uma realidade na estrutura familiar que sofrera mutações imediatas, e por consequência, estes idosos necessitavam permanecer, por um período, internados na condição de acompanhantes.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Sociais; Direitos da Pessoa Idosa; Acompanhante Idoso.

DIFFICULTIES FACED BY THE ELDERLY
COMPANION IN THE HOSPITAL
ENVIRONMENT: NEW DEMANDS IN THE
AGENDAS OF SOCIAL POLICIES AND
ELDERLY RIGHTS

ABSTRACT: Given the experience of the internship at Dr. Ruy Pereira dos Santos State Hospital in Natal/RN, we were able to observe elderly people as companions. The contact with these citizens allowed us to know the socioeconomic profile and the expressions of the social issue printed in their daily lives. Hence,

the idea of address this theme, the elderly as companion, proposing to identify the difficulties faced by these elderly in the hospital environment, as bring the discussion about the building of the elderly people rights in Brazil; as well as the moment when the achievements of this rights happens as the fights that are still happening by the subjects/ citizens – elderly or not – to keep them in place; the difficulties faced and the commonly attributed stigmas to the people who belong to this age group named old age and the segregation that happens not just from the society but from the itself. To that building we had like bibliographic base authors as CAMARANO; PASINATO; BRAVO; PAIVA among others who studied the subject. However, the caregiver figure with this age range there is no studies that supply us of hard data. The used instrumental to obtain the information were questionnaire and recorder. Lastly, the information analysis showed us that besides our difficulties perception – physics and environment – there were a reality in the family structure that suffer immediate mutations and, by consequence, these elderly need to stay, for a period, interned in the condition of companion.

KEYWORDS: Social Policies; Rights of Elderly People; Elderly Companion.

1 | INTRODUÇÃO

A Compreensão de que todo cidadão tem direitos sociais constituídos e amparados legalmente e que no âmbito hospitalar e da saúde é permitido ao usuário internado o direito a um acompanhante, nos fez entender que, mais que um direito, a presença do acompanhante é imprescindível à recuperação do paciente. A constatação de pessoas da terceira idade – acompanhantes - no ambiente hospitalar, nos impeliu a questionar quais as dificuldades e limitações enfrentadas por elas dada a especificidade da sua faixa etária? Uma realidade expressa no cotidiano de pessoas idosas que se afastaram da sua casa, familiares, trabalho, pela necessidade de acompanhar um parente internado no ambiente hospitalar, levou-nos a refletir uma questão mundial: o envelhecimento populacional, um fenômeno posto nas pautas das políticas públicas com vistas a amparar e cuidar do cidadão no momento mais delicado de sua vida: na velhice. Além disso, nos fez pensar a figura do acompanhante no contexto hospitalar como uma pessoa jovem, saudável, com disposição física e disponibilidade de tempo para permanecer também internada. Foi então que pensamos em levar a esse idoso a compreensão de que, enquanto cidadão de direito, ele se encontrava nas mesmas condições da pessoa que por ele estava sendo cuidada.

O objeto dessa pesquisa, foi o idoso na condição de acompanhante no Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos em Natal/RN. O critério de amostragem definido para uma entrevista semiaberta, foi 05 (cinco) idosos que estivessem há, no mínimo 10 (dez) dias como acompanhantes. Esse recorte de tempo permitiria ao mesmo, a exposição das dificuldades enfrentadas dentro do hospital. Outro critério adotado para a análise, foi a idade desses sujeitos que deveria ser igual

ou superior a 60 anos. Para a coleta dos dados da pesquisa, inicialmente, fizemos um levantamento bibliográfico com autores que abordassem a questão do idoso na sociedade brasileira e que englobassem outros aspectos intrínsecos ao processo do envelhecimento humano como saúde, educação, direito e inclusão, para então, nos apropriarmos das condições reais que nos possibilitassem realizar um bom trabalho. No segundo momento, fizemos uma pesquisa documental no hospital já citado e, por fim, à aplicação de um questionário - com perguntas voltadas aos direitos do cidadão, especificamente no âmbito da saúde e às dificuldades enfrentadas por ele “acompanhante idoso” no ambiente hospitalar -, com o auxílio de um gravador para obtenção e posterior transcrição das informações.

A vivência do estágio no Hospital Ruy Pereira e o desejo de contribuir, de alguma forma, à melhoria das condições estruturais, emocionais e físicas do idoso enquanto acompanhante no ambiente hospitalar, nos impulsionou a uma discussão sobre a construção dos direitos da pessoa idosa no Brasil. Para essa exposição, buscamos base nos Marcos Legais: Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso (EI) e Política Nacional do Idoso (PNI).

Trataremos aqui de mais uma das muitas expressões da Questão Social que demanda um olhar especial por parte dos profissionais nos espaços ocupacionais, além de requerer atenção e providência governamental por meio de políticas públicas de inclusão e de acesso aos direitos sociais constituídos legalmente.

2 | A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

A formulação de políticas sociais pode, teoricamente, deliberar benefícios sociais que garantam ao cidadão idoso ou não, os direitos básicos de saúde, educação, habitação, alimentação entre outros, mas jamais reparará ao trabalhador assalariado, o seu tempo de vida e de saúde despendidos e o crescimento social e cultural, cruelmente usurpados pelo sistema capitalista e seus modos de produção. No sistema capitalista, o cenário das políticas sociais sempre se mostrou instável. No período Pós-Guerra, pontuado em países da Europa, o *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social, surge com o intuito de conferir ao Estado a garantia dos padrões mínimos de saúde, educação, habitação, seguridade social e outros, para o cidadão trabalhador de todas as idades, pois esses tipos de serviços, de caráter público, caracterizavam-se como direitos sociais. Para Bravo e Menezes (2012, p. 86), a política social é, assim, espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão de luta de classes e das racionalidades em disputa no âmbito do Estado e da sociedade civil. [...] expressão contraditória da realidade.

As conquistas da classe trabalhadora nos países europeus - países de Primeiro Mundo, apresentaram o grau da segregação existente para o mesmo grupo etário, pois comprovaram que a velhice era tratada de forma diferenciada no mundo inteiro

principalmente nos países em desenvolvimento considerados periféricos. Nestes, o velho(a) trabalhador(a) era estigmatizado como indivíduo com sinais de decrepitude, e naqueles, como pessoa ainda integrada socialmente, servindo de instrumento de (re)produção do capital. Na França, por exemplo, adotou-se “o termo correspondente à palavra idoso(a), no lugar de velho(a)”, e que esse foi o “novo *status* garantido aos(às) velhos(as), propiciado pelas políticas de seguridade social”, entretanto, o que diferenciou a forma de tratamento ao trabalhador idoso no panorama mundial foram as “melhorias nas condições de vida, saúde e renda das mulheres e homens trabalhadores(as) (denominados *baby boomers*), beneficiados(as) por uma histórica ‘concessão’ do capital”. Todos esses ganhos se deram como “resultado das políticas de Seguridade Social implantadas, no pós-guerra, não só na França, mas em outros países da Europa, quando uma significativa parcela de trabalhadores(as) passou a envelhecer com certa dignidade” (PAIVA, 2014, p. 143, grifo do autor).

Inserido nesse cenário de aquisição dos direitos sociais, o trabalhador que antes tinha seus direitos usurpados, via-se, agora, amparado nas suas necessidades básicas, pois a garantia de que o Estado seria o regulador das Políticas de Seguridade Social, daria credibilidade às novas normas estabelecidas. Período em que muitos trabalhadores sentiram ter adquirido estabilidade e que esse novo sistema de regulação traria melhorias à classe operária. No entanto, a atuação do Estado de Bem-Estar Social mostrou-se ineficiente nesse sentido, pois se caracterizou por dividir parte dos lucros produzidos e destiná-los à recuperação das economias centrais e à diminuição da frequência das crises cíclicas - inerentes ao sistema capitalista. A tentativa de humanizar o capitalismo ou de socializar os lucros da produção falhou. Voltaram as grandes crises e veio a recessão promovendo, então, novas transformações societárias “que, envolvendo toda a estrutura da ordem do capital, foi desencadeada nos finais dos anos 1970” (PAIVA, 2014, p. 146). O novo modelo de assistência que durou quase trinta anos na Europa e Estados Unidos chega ao fim. Surge, então, uma nova realidade estrutural, assim exposta por Paiva (2014, p. 145):

com o desmantelamento do *Welfare State*, o processo de reestruturação produtiva, mais especificamente, o desemprego estrutural veio atingir a população jovem, barbarizando ainda mais a sua condição de acesso e exercício dos direitos do trabalho, tornando as gerações mais jovens dependentes por mais tempo das mais velhas, comprometendo a renda dos(as) velhos(as) trabalhadores(as) e eternizando o trabalho doméstico servil, do qual nunca se livraram mulheres de todas as idades.

Com o fim do Estado de Bem-Estar Social, uma nova receita de intervenção influenciada pelas teorias econômicas neoclássicas altera os padrões das políticas sociais e de outras como econômicas e industriais. O Novo Liberalismo ou Neoliberalismo, com a palavra de ordem “flexibilidade”, foi ganhando espaço nos países de Primeiro Mundo e nos mais pobres. O pacote de políticas neoliberais vem reafirmando a lógica inversa da responsabilização adotada pelo Estado enquanto

regulador das políticas sociais. A flexibilização das obrigações do Estado incide direta e “bruscamente nos direitos conquistados pela ‘espécie’ que vende a sua própria força de trabalho para se reproduzir”. Dessa forma, desresponsabiliza-o da sua obrigação de regulador e lança esse papel à sociedade civil. Outro desmande das políticas neoliberais, é a “privatização do patrimônio Estatal”, que garante ao capital “parcelas expressivas de riquezas públicas” (PAIVA, 2014, p.162 grifos do autor).

Nessa teia de mudanças, o ajuste neoliberal completa sua trama: desregulamenta direitos, corta gastos sociais e mercantiliza bens e serviços, caracterizando o que Netto (2012, p. 429) vem chamar de “assistencialização minimalista” das políticas sociais dirigidas ao enfrentamento da “questão social” (PAIVA, 2014, p. 163, grifos do autor).

O Neoliberalismo vem trazendo o chamamento à solidariedade. Dessa forma, os direitos sociais tornam-se assistenciais e o Estado, destituído da sua função reguladora, fica cada vez menor para as necessidades sociais e maior para as demandas do capital, demonstrando assim, a incapacidade de administrar as duas coisas ao mesmo tempo e deixando clara a preferência aos interesses do capital. Nessa dinâmica de interesses, capital x Estado, dentro da qual o trabalhador encontra-se inserido, as políticas sociais que deveriam ser priorizadas, são colocadas à parte e o trabalhador é usurpado no seu tempo e na sua saúde.

Segundo Antunes (2002, p.19 *apud* PAIVA, 2014, p. 134), para essa reciprocidade de interesses, compreende-se, que

“o Estado moderno é inconcebível sem o capital, que é o seu real fundamento, e o capital, por sua vez, precisa do Estado como seu complemento necessário”. Ponto de partida para entender a razão pela qual há escassez ou mesmo ausência de políticas sociais destinadas aos segmentos mais velhos das populações, especialmente, àqueles acometidos ou não por doenças, cujo acentuado comprometimento da capacidade funcional – ao sistema do capital – seja físico e / ou mental, inviabilize qualquer ação de cunho produtor de mais-valia. (grifo do autor).

Desde então, pela ausência de políticas públicas, os direitos sociais vêm sendo reduzidos tanto nesses países de economias centrais quanto nos de economias periféricas. Estamos inseridos em um contexto real de retrocesso e de desmonte das políticas sociais. Vemos, cada vez mais, o cidadão sendo colocado à margem de uma sociedade excludente, sendo necessário comprovar situação de vulnerabilidade social ou para melhor dizer, de extrema pobreza, de miséria para se ter acesso aos direitos sociais. O desmonte das políticas sociais também é favorecido pela falta de controle social que se dá por meio dos “Conselhos de Direitos” e das “Conferências em todas as esferas municipal, estadual e federal”. Estes são “espaços legitimados para o exercício do controle social democrático” (PAIVA, 2014, p. 164). A paralização nas deliberações dos Conselhos gera o esvaziamento desses espaços, pois inibe a participação da sociedade na gestão e implementação de políticas sociais.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de

envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades (ARANÍBAR, 2001 *apud* CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 253-254).

No Brasil, diante da realidade de uma população que envelhece - dados do IBGE, IPEA e INCA - e das pautas das Conferências Mundiais ocorridas há décadas, mostrando que a falta de estudos sobre o envelhecimento populacional e de um olhar direcionado a esse grupo etário por parte dos governantes inviabiliza a criação e a implementação de políticas públicas, retêm recursos e priva investimentos que poderiam ser destinados à formulação e execução de projetos para melhoria das condições de vida e de saúde dessa população, buscou-se a criação de uma política específica para o idoso que viabilizasse a inclusão e o acesso aos direitos sociais instituídos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Todavia, a criação dessas políticas e a concessão dos direitos sociais ao idoso implica um aumento nos investimentos e nos gastos públicos, principalmente nas áreas de saúde e previdência, pois a velhice traz questões patológicas próprias da idade e demandas do setor previdenciário que acrescentam gastos na economia do país.

De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (SDH), “uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população”, pois isso reflete uma melhoria das condições e da expectativa de vida. (BRASIL, [2012?]). Contudo, o envelhecimento populacional traz grandes desafios às políticas públicas, visto que o aumento expressivo de idosos no Brasil e no mundo implica mudanças nas políticas de saúde, educação, assistência social e previdência e outras.

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX reconhece-se, também, que este traz grandes desafios para as políticas públicas. Um dos mais importantes é o de assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto à equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. (CAMARANO; PASINATO 2004, p 253).

No panorama mundial, essa nova realidade etária passa a exigir outras prioridades na área das políticas públicas como a formação de recursos humanos (médicos especialistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e outros), para o atendimento geriátrico e gerontológico na prevenção, ambientação, reabilitação e cuidados paliativos aos idosos que lhes proporcione as condições adequadas para um envelhecimento com qualidade. Além disso, “novas necessidades foram explicitadas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade,

acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva” (BRASIL, [2012?]). Daí, a urgência de se colocar na pauta das discussões dos direitos humanos, uma política específica que garantisse à pessoa com mais de 60 anos o direito de viver com dignidade, buscando “implementar ações e ferramentas adequadas, bem como medidas concretas que favoreçam a promoção da inclusão e independência da pessoa idosa pelo maior tempo possível” (BRASIL, [2012?]). Camarano (2004, p. 255), cita a preocupação com uma população que envelhece rapidamente e que necessita de uma proteção social efetiva fundada em políticas públicas que examinem os problemas e os desafios desse grupo etário. Tema também discutido na Conferência dos Direitos Humanos realizada em Teerã em 1968. Assim, o impacto da realidade e das demandas que foram surgindo diante da evidente transformação etária, finalmente, resultou na estruturação de uma política direcionada que garantisse autonomia ao idoso e sua inclusão ao convívio social.

Para se atender as novas expectativas desse contexto social e demográfico, “foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais que garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países” (BRASIL, [2012?]). Ainda segundo a SDH, outras conquistas foram alcançadas nos últimos trinta anos como as “três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa” realizadas no Brasil entre os anos de 2006 e 2011 como resultado de uma “expressiva participação da sociedade civil e do governo”.

[...] as instituições governamentais brasileiras, organismos da sociedade civil e movimentos sociais conquistaram uma gama de leis, decretos, propostas e medidas que estabelecem direitos voltados para a pessoa idosa, referenciados pelas diretrizes internacionais (Plano de Ação internacional para o Envelhecimento). Contabilizam-se conquistas democráticas importantes, como a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) em 2002 e a elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003, que regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, [2012?]).

No Brasil, a **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** é um dos Marcos Legais Nacionais que se refere aos direitos sociais, individuais e coletivos e aos direitos direcionados à pessoa idosa:

- Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
- Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição;
- Art. 194 – A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1998).

O novo sistema de proteção social, mais conhecido como Tripé da Seguridade Social, foi uma das muitas conquistas advindas da Constituição Federal. “[...] o acesso ao seguro social protagoniza um *status* de privilégio aos segurados” (PAIVA, 2014, p. 165).

Eis o contexto histórico no qual se inaugura a Seguridade, enquanto modelo institucional de proteção social, embasado numa ideologia social-democrata, cujo princípio de justiça sugere mecanismos de retribuição das riquezas socialmente produzidas. Neste caso, diferente dos outros dois modelos – da assistência aos pauperizados e do seguro aos contribuintes –, é introduzindo o *status* de *Direito do Cidadão*, na perspectiva do acesso universal. (PAIVA, 2014, p. 166, grifo do autor).

Além da CF/88 que cita o direito à saúde, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu art. 2º, a Lei ressalta que a saúde é um Direito Fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Vê-se uma busca pela efetivação de políticas que ampliem os direitos e minimizem o sofrimento físico, emocional e psíquico do idoso, dando-lhe visibilidade perante a sociedade em uma clara expressão de que, independentemente da situação socioeconômica, cultural e de moradia, todos são iguais perante a lei, com credenciais de acesso às políticas públicas. Camargo e Bellini (2014, p.3) diz que, prestar uma atenção em saúde com vistas à integralidade significa conceber o cidadão como sujeito social, histórico e político, na sua totalidade.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei Nº 8.842 estabelecida em 1994 - Decreto de Regulamentação Nº 1.984/1996, foi sancionada pelo então Presidente da República do Brasil Itamar Franco na década de 1990. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, um Amparo Legal que diz respeito à sociedade em geral e está embasado em objetivo, princípios e proteção.

- Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
- Artigo 3º - A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:
 - I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- Artigo 10º - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

a- prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais.

II - na área de saúde:

a- garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

IV - na área de trabalho e previdência social:

a- garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b- priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários; (BRASIL, 1994).

No que concerne aos benefícios e programas previdenciários destinados à pessoa idosa, os mais comuns são o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF). São os chamados benefícios sociais não contributivos, concedidos pela Assistência Social, porém operacionalizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social que integram a proteção social básica para pessoas em situação de vulnerabilidade social (pobreza e extrema pobreza). Segundo a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), na década de 1990, no âmbito do Governo Federal, instituíram-se programas de benefícios que foram ampliados significativamente pelo Programa Bolsa Família (2004) com uma cobertura social que atende, com pelo menos um benefício, 8 de cada 10 pessoas idosas no Brasil. (BRASIL, [2012?]). Instituído pelo Decreto nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007, o BPC -, “Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, [...]” (PNI, 1994, p. 17). O seu regulamento estabelece:

- Art. 1º - O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.
- § 1º - O Benefício de Prestação Continuada integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS.
- § 2º - O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993.

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda lançado em 2003 pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Criado pela Lei Nº 10.836/2004, “o programa tem por finalidade a unificação do Programa Nacional

de Acesso à Alimentação (PNAA)”. Dentre os programas que se uniram ao PBF estão o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cadastramento Único do Governo Federal.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o PBF é “o maior e mais ambicioso programa da história do Brasil” que nasceu para “enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira”: “combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias em situação de maior pobreza no país”. Busca garantir a essas famílias “o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde”. (BRASIL, 2007). Dados da Caixa Econômica Federal (CEF), confirmam que o Programa atende mais de 13,9 milhões de famílias em todo país que vivem em condições de extrema pobreza e/ou que têm renda per-capita mensal de até R\$ 85,00 ou as que são consideradas pobres com uma renda de R\$ 85,01 até R\$ 170,00. Ainda segundo a CEF, o Cadastramento no Cadastro Único (CadÚnico) é um pré-requisito para se ter acesso ao PBF, entretanto, estar cadastrado não implica a entrada imediata no Programa, tampouco garante o recebimento do benefício, pois o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é quem seleciona, mensalmente, e de forma automatizada, as famílias que serão incluídas para receber o benefício.

O Estatuto do Idoso (EI) - Lei Federal Nº 10.741 de 2003. Um Amparo Legal de extrema relevância para garantir os direitos dos cidadãos da Terceira Idade, pois é um instrumento de realização da cidadania no país. Foi uma das maiores conquistas relativas aos direitos da Terceira Idade no Brasil. Um avanço significativo, fruto da organização e mobilização de diversas organizações da sociedade civil, dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Conferência Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), formalizado no Projeto de Lei nº 3.561 de 1997 de autoria do então deputado federal Paulo Paim. Uma conquista que, teoricamente, possibilita ao idoso incluir-se na sociedade para que seus direitos sejam garantidos e efetivados de forma que possam ter um envelhecimento com qualidade de vida. Após seis anos de tramitação, em setembro de 2003, o Estatuto foi aprovado no Congresso Nacional, sendo sancionado em 1º de outubro de acordo com a Lei nº 10.741 pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Estabelece:

- Art. 1º - É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Art. 3º - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

O EI tornou-se mais abrangente que a PNI, pois ampliou os direitos do idoso com a instauração de penas mais severas para quem o desrespeitasse e/ou abandonasse, o que de certa forma, inibiu as diferentes formas de tratamentos

direcionadas a esses cidadãos que sequer expressam, os estigmas e preconceitos sofridos no seu cotidiano. Apesar das leis e políticas específicas, existem idosos vivendo dentro de relações consideradas de afastamento socioafetivo, que mais parece sem vínculo familiar, caracterizadas pela falta de cuidado e atenção, quando na verdade, tais relações deveriam ser regadas de afeto e companheirismo como forma de proporcionar bem-estar e alegria a esses indivíduos nos últimos momentos de suas vidas.

Referimo-nos aos idosos com os quais convivemos no HRPS, que por falta de um membro da família, contavam com a bondade de amigos e/ou vizinhos que se dispunham, nas suas possibilidades, acompanhá-los em seus tratamentos de saúde. A falta de conhecimento de alguns cidadãos quanto aos direitos sociais, pôde ser constatada nas conversas informais com os acompanhantes e pacientes por ocasião das visitas aos leitos enquanto realizávamos o acolhimento deste. Naquele momento, compreendemos que a falta de conhecimento e de informação, inviabiliza o acesso aos seus direitos, pois a maioria dos indivíduos sequer sabiam definir o que é direito, que dirá como acessá-los. Mas isso não é uma regra dentro da instituição, pois o Hospital Ruy Pereira, referência no tratamento de diabetes e doenças vasculares, recebe pacientes de todos os níveis culturais e classes sociais. Lá, encontramos pessoas com diferentes graus de instrução e formação, das quais: professor, administrador, agricultor aposentado, costureira e outras. Assim, percebemos que poderíamos obter, ou não, as informações que responderiam a nossa pesquisa, já que estávamos lidando com pessoas idosas que poderiam ou não nos dar essas informações.

Na abordagem ao acompanhante, tivemos acesso às informações pretendidas ao objetivo desse trabalho: identificar as dificuldades enfrentadas pelo idoso enquanto cuidador de outro idoso, bem como constatar outros aspectos importantes anteriormente citados neste trabalho, como o grau de parentesco, a realidade socioeconômica e os reflexos da questão social no cotidiano desses indivíduos. Em todos os casos, o idoso encontrava-se, dentro do hospital, desempenhando um papel que nada mais é do que um reflexo ou extensão do que já desempenha em seu próprio lar. Todos são parentes próximos dos pacientes que se veem na obrigação de acompanhá-los durante a internação porque não podem pagar um cuidador externo. Alguns poucos contam com a ajuda de amigos e/ou vizinhos nos cuidados com o paciente em casa.

Do total de 05 (cinco) entrevistados, a maioria – 03 (três) - são cônjuges (esposas), considerados os parentes mais próximos e em quem os pacientes demonstravam ter total segurança. Entretanto, não é regra, pois constatamos também filhos e irmãos desempenhando esse papel. Destes, apenas 01 (um) pôde contar com o auxílio de amigos para dividir as tarefas. Em todos os casos, havia predominância de acompanhante do sexo feminino. Para 02 (dois) entrevistados, a tarefa de cuidar é mais difícil para o sexo masculino. Do total, (01) um é aposentado

02 (dois) são beneficiários e 02 (dois) estavam aguardando o momento para solicitar a aposentadoria, entretanto, confirmaram a participação nas despesas domiciliares.

Abordados quanto às dificuldades enfrentadas no ambiente hospitalar, os cuidadores foram unânimes ao relatarem insuficiência nas acomodações, principalmente acerca das cadeiras disponíveis para dormir. Alguns reclamaram de dores na coluna, nas pernas e outros incômodos. Consideremos que nas pessoas com mais de 60 anos, os problemas de saúde se evidenciam quando as condições de acomodação não são favoráveis e podem agravar os problemas advindos da idade. A maioria apresenta doenças crônicas próprias da idade e da rotina que, com o passar do tempo acarretam complicações mais acentuadas, como relata uma das entrevistadas. Além disso, muitas vezes, o cuidador pode ter a mesma idade ou até mais, da pessoa que está sendo cuidada. Consideremos estes relatos:

“Aqui no hospital só é ruim o seguinte: não tem onde a gente sentar; as cadeira, essas cadeira de plástico, a gente fica toda doída e o comer é horrível! Todo dia eu tenho que tá aqui, tenho que comer o comer daqui porque eu não vou voltar pra casa. Vou deixar o doente sozinho, é? Já os médico, são muito bom os médico daqui do Ruy. Todo dia quando não vem um vem outro, mas vem o médico. Todo dia eles vêm, aí vê o pé dele, às vezes manda a menina tirar o curativo pra ele ver como é que tá. O atendimento é bom, eu não tenho o que dizer delas não. Sempre tá aqui”. (Entrevistado 1).

“Tenho dificuldade nenhuma porque aqui nós trouxemos cadeira. Para dormir é horrível. No mais, eles dão condições. (...). Tá tudo bem aqui. A comida é boa, ele tá gostando, mas se nós acompanhante se quiser comer tem que descer pra comer lá embaixo pra que eles não fiquem tão ociosos em ver comida que eles não podem comer. O atendimento é bom, bom demais”. (Entrevistado 2).

“Eu só acho ruim aqui é a dormida que a gente dorme sentada numa cadeira de pau. Já sou alejada da minha hérnia de disco, aí fico mais alejada ainda. O atendimento médico é ótimo graças a Deus, até hoje. A comida é boa minha filha. Não podemos reclamar”. (Entrevistado 4).

“Sabe o que eu acho ruim mesmo aqui? é essa caminha curtinha que não me cabe. (risos). Não dá pra relaxar legal. Mas eu tô feliz porque tô aqui com meu mano. Eu amo esse cara! O resto é resto aí gente tira de letra. A comida... pra mim tá tudo bem. Quero mesmo é que ele fique bom pra gente ir curtir a nossa prainha lá no Pina. As enfermeiras tratam ele muito bem, acho até que ele tá fazendo um sucesso tremendo aqui. Os funcionários dão conta de tudo aqui. A questão mesmo é que esse negócio de hospital é meio complicado, né? Mas o negão tá ficando bom. Já já a gente sai daqui se Deus quiser!”. (Entrevistado 5).

Outra dificuldade também mencionada foi a de compreender a linguagem dos médicos:

“A gente espera a assistente social vim aqui pra dizer pra gente como é. Os médico fala complicado, né?”. (Entrevistado nº 4).

Consideramos que esse fator pode estar associado ao grau de instrução do indivíduo. Do total, 02 (dois) revelaram ter estudado até a 3ª e 4ª séries do ensino fundamental. Porém, um dos aspectos que nos chamou atenção, foi a maneira como os entrevistados expuseram o seu conhecimento sobre saúde e direitos sociais,

especialmente quanto ao direito à saúde.

“Em relação à saúde, o que eu acho que foi bacana o que o governo deu, foi tirar o remédio de graça, né? Que antigamente, ninguém tirava, a pessoa deixava de comer pra comprar um remédio pra poder sobreviver. Hoje, não. (...).Tem gente que praticamente deixa de comer pra comprar um remédio, né? Isso tem ajudado as pessoas porque têm pessoas que precisa de comprar o remédio”. (Entrevistado 1).

“O direito de quando adoecer, ter um órgão público que a pessoa recorra, né? Embora que tenha sido, pra nós, muito difícil, (...)foi feito nós mesmo de palhaço lá porque era da UPA pra casa, de casa pra UPA, da UPA pro hospital regional e de lá foi mandado de volta pra UPA”. (Entrevistado 2).

“É tanta coisa, né? ter um hospital público pra atender a gente, né? Mas tem canto que é muito difícil pra gente. (Entrevistado 4).

“A saúde é isso aí que a gente tá vendo pelo Brasil a fora: um caos. Uns têm dinheiro pra pagar um plano, outros, não, e por aí vai. Quem tem dinheiro, tem como se remediar melhor. Mas de todo jeito, tem que recorrer ao SUS mesmo, não tem como escapar dele. Mas como aqui eu tô vendo meu mano ser bem atendido, então eu acho que todos nós acabamos é precisando do SUS porque não é em todo hospital que atende esse tipo de problema”. (Entrevistado 5).

Observa-se que o cuidador tem um papel primordial no processo de recuperação do paciente. Sua companhia, além de auxiliar nas atividades práticas como a higiene, a alimentação ou medicação do paciente, ainda atua como um agente socializador, fazendo com que, mesmo em uma situação de internação, o idoso não se sinta só, mas protegido, e mantenha ativos os seus vínculos familiares e afetivos. Ter a presença de um acompanhante em um momento de fragilidade, acaba por ajudar o paciente em seu processo de recuperação, tornando menos árdua a tarefa do cuidador. Entretanto, vale salientar que assumir sozinho o cuidado de uma pessoa, idosa ou não, não é uma tarefa fácil, principalmente se o cuidador for um idoso.

Outro ponto a ressaltar quanto aos cuidadores de idosos, refere-se à sua saúde mental e física. Isso porque, dependendo da enfermidade da pessoa cuidada (gravidade da doença, lucidez mental), acaba sendo exigida uma carga maior de trabalho do cuidador. Oliveira (2011) destaca, a partir do estudo “Família acompanhante na hospitalização de pacientes idosos”, que ao permanecerem grandes períodos junto ao idoso, se afastando de suas atividades habituais e de seu convívio familiar, alguns acompanhantes desenvolvem desgaste físico e emocional. Logo, em qualquer que seja o cenário – seja no próprio domicílio, no ambiente hospitalar ou em quaisquer outros – a tarefa é árdua. O cuidado dispensado à pessoa idosa pelo cuidador também idoso pode refletir negativamente na sua saúde e o cuidador sentir os reflexos de uma sobrecarga em seu estado físico, mental e emocional que pode ocasionar um esgotamento decorrente.

O papel de cuidar de alguém, geralmente vai se somando às outras e diversas tarefas do dia a dia. Os resultados do estudo indicam que o cuidador idoso se ocupa com todas as atividades de vida diária, ou seja, higiene e cuidados

peçoais, alimentação, locomoção, medicação, acompanhamento em exames e consultas médicas e ainda assume a tarefa doméstica e familiar. Os cuidadores se sentem sobrecarregados, pois muitas das vezes eles acabam assumindo, sozinho, as responsabilidades pelos cuidados, e desempenhando funções além de suas capacidades, atravessando os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico, somando-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa que está sendo cuidada (BRASIL, 2008).

Assim, pela falta de conhecimento e/ou de informação, é que muitos cidadãos não acessam nem dispõem dos direitos sociais legais. É necessário que os órgãos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas de inclusão, também o sejam à informação.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os métodos propostos à construção desse trabalho, inicialmente, nos deparamos com obstáculos referentes às bibliografias que mencionassem a figura do cuidador “idoso” no ambiente hospitalar. A especificidade na faixa etária desse personagem, demandou uma busca aprofundada por literaturas direcionadas.

Por se tratar de um tema ainda pouco discutido, não existem estudos recentes voltados a essa questão que nos abasteçam de resultados atuais. Ao longo dessa discussão, evidenciou-se aspectos relevantes da figura do cuidador no tratamento e na recuperação do paciente. Ressalte-se, aqui, que a atuação do indivíduo idoso enquanto acompanhante no contexto hospitalar, muitas vezes é “uma extensão das funções já desempenhadas no ambiente domiciliar” (grifo nosso). Suas preocupações estavam mais voltadas às prioridades do paciente, mesmo que a tarefa de cuidar exigisse deles posicionamento e esforço que comumente estariam acima das suas condições físicas e emocionais normais.

Constatamos que para além das limitações próprias da idade e das dificuldades de acomodação para o acompanhante no ambiente hospitalar, há uma realidade externa que imprime desigualdades socioeconômicas e culturais entre os cidadãos; que o acompanhante/cuidador idoso, encontrava-se, também, nas mesmas condições que inspiravam cuidados especiais, embora ele mesmo não se percebesse inserido nesse universo de cuidados. Os relatos ressaltaram a importância às instituições de saúde disporem de estrutura que atenda as necessidades físicas e emocionais dos acompanhantes que se desdobram para enfrentar intensa rotina de dedicação ao paciente internado. A falta de acomodações adequadas para esses indivíduos no ambiente hospitalar, pode refletir na qualidade do cuidado prestado e na recuperação da pessoa doente.

Por fim, ressaltamos a evidência, dentro desse contexto, de uma questão social que urge à intervenção de cuidados especiais por parte dos profissionais e gestores (institucionais e governamentais) que observem e que defendam os direitos do cidadão que, nesse caso, estão voltados à saúde do idoso.

REFERÊNCIA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2006: **primeiras análises: demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/PnadPrimeirasAnalises_2006.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, DF, n. 13. Edição Especial, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/BPS_13_completo13.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso; cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. **Lei nº 10.741 de 3 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. (Série Legislação, n 31).

_____. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. **Lei nº 106, de 14 de setembro de 2009**. Sobre o Acompanhamento Familiar em Internamento Hospitalar. Disponível em: <http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_106_2009.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica: **coordenação-geral de alimentação e nutrição**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de políticas e programas do MDS**: resultados: Bolsa Família e Assistência Social. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. [2012?]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/Dados_sobre_o_envelhecimento_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MENEZES, Juliana Souza Bravo. (Orgs). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.

_____, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004b. p. 254-292.

CAMARGO, M.; BELLINI, M. I. B. O tripé orientador da atenção no sistema único de saúde (SUS) no Brasil: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Documentos de Política Social: História, Investigación Y Desarrollo**. Espanha, n. 13, v. 2, abr. 2014.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

SOBRE A ORGANIZADORA

SHEILA MARTA CARREGOSA ROCHA - Possui graduação em Direito pela Faculdade Integrada da Bahia (FIB, 2005), e em Letras Vernáculas pela Universidade Católica do Salvador (1994). Em 2002 especializou-se em Psicopedagogia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; em 2003, especializou-se em Metodologia do Ensino Superior com ênfase em novas tecnologias, pela Faculdade Baiana Batista; e em 2006, foi a vez de concluir a Especialização em Direito Civil pela Faculdade Federal da Bahia. Obteve seu Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea iniciando sua investigação sobre o Envelhecimento Humano, na perspectiva da Dignidade da Pessoa Idosa no Mercado de trabalho (2013) e o Doutorado na mesma linha investigativa com recorte temático para violência contra as pessoas idosas, em estudo comparado entre Brasil e Portugal (2015) pela Universidade Católica do Salvador. Doutorado Sanduíche foi realizado na Universidade do Porto em Portugal, sob a orientação da Profa. Dra. Isabel Dias. Retornando ao Porto, para o Pós-Doutoramento em Sociologia do Envelhecimento (2018), sob a temática da Rede Internacional de Universidades Sêniores. O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador (2018), trabalhando com o projeto voltado para a Família com idosos, de idosos e para idosos, investigando as diversas formas de família, inclusive as ILP's. Palestrante nacional e internacional com experiência nas áreas de Envelhecimento Humano. Atua como Pesquisadora na Universidade do Estado da Bahia, onde leciona as disciplinas no curso de Direito, e desenvolve projetos de extensão voltados para a Terceira idade, como projeto Fala Ama, na rádio Nova Vida, Coordena o curso de especialização em Direitos Humanos da Universidade Católica do Salvador e a Especialização em Direito Processual Civil na FTC (faculdade Tecnológica da Bahia. Atualmente a autora tem se dedicado às pesquisas sobre Direitos Humanos das Pessoas Idosas, moradia, cohorsing, tecnologias para o Envelhecimento com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Endereço para acessar o CV: <http://lattes.cnpq.br/0923215762577109>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes por quedas 55
Acidente vascular encefálico 3, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 62, 87, 211
Anticoagulante 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 89
Atenção primária 25, 85, 111, 133, 137, 156, 170, 172, 261, 271
Autocuidado 3, 133, 166, 264
Autonomia pessoal 133, 135, 136

C

Centros comunitários para idosos 55
Cognição 37, 55, 62, 63, 71, 73, 74, 75, 77, 277, 279

D

Dabigatrana 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89
Declínio cognitivo 34, 37, 38, 39, 44, 45, 49, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 255
Depressão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 26, 33, 37, 52, 66, 77, 123, 124, 140, 142, 146, 197, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 276, 288, 289, 290
Diabetes mellitus 22, 33, 34, 37, 39, 93, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 236, 265, 266, 271, 272
Doença de alzheimer 27, 28, 29, 30, 32, 33, 44, 52, 72, 73, 78, 79
Dor 109, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 141, 142, 145, 199, 257, 267, 270, 272, 273, 278
DPAVE 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

E

Enfermagem 1, 5, 7, 8, 9, 17, 18, 44, 53, 55, 64, 72, 80, 92, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 131, 133, 134, 148, 150, 152, 178, 201, 216, 262, 263, 271, 272, 274, 286
Envelhecimento saudável 33, 128, 129, 163, 165, 168, 196, 222, 274, 276
Epidemiologia 12, 20, 25, 36, 63, 136, 167, 201, 239, 262, 296

F

Fatores associados 4, 5, 7, 8, 90, 112, 121, 122, 125, 129, 130, 131, 132, 134, 152, 156, 167, 201, 214, 240, 242, 250, 262, 263, 272, 290
Fatores de risco 1, 2, 3, 4, 5, 7, 18, 21, 24, 33, 36, 37, 40, 56, 57, 94, 102, 105, 109, 131, 139, 143, 232, 272
Fibrilação atrial 62, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90

G

Genes 30, 35, 40, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 97

H

Hemorragia 80, 81, 85, 86, 87, 88

Hipertensão arterial 20, 21, 22, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 223, 224, 229, 257

HIV 148, 149, 150, 152, 154, 155, 156, 295

I

Idoso 3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 20, 21, 25, 28, 44, 45, 52, 56, 57, 66, 67, 68, 71, 73, 77, 78, 81, 92, 93, 100, 103, 104, 105, 106, 108, 111, 114, 116, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 140, 141, 143, 145, 146, 148, 150, 152, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 197, 199, 201, 203, 206, 208, 210, 211, 213, 214, 217, 218, 221, 222, 225, 231, 233, 237, 238, 240, 243, 250, 253, 255, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 266, 268, 270, 289, 291, 292, 293, 294, 296

Idosos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 33, 34, 37, 38, 40, 45, 46, 47, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 102, 104, 106, 107, 109, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 185, 189, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 286, 287, 288, 289, 290, 293, 294, 296, 298

Infarto agudo do miocárdio 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

Instituição de longa permanência 2, 67

L

Lesão por pressão 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113

M

Medicamentos 28, 29, 31, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 58, 59, 62, 89, 129, 167, 228, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 266, 267, 268, 270, 272, 287, 288, 289, 290

N

Nanocápsulas 27, 28, 29, 31

Nanotecnologia 27, 28, 29, 30, 31, 32

Neurodegenerativa 27, 28, 33, 34, 45, 46, 70, 74

P

Prevenção de doenças em idosos 33, 132

R

Relato de caso 9, 10, 13, 16

S

Saúde do idoso 3, 14, 67, 104, 146, 166, 168, 176, 193, 201, 240, 261, 270

Senescência 9, 10, 12, 14, 255, 256, 274, 276, 279, 294

Síndrome do imobilismo 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146

T

Tratamento 3, 5, 16, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 40, 44, 47, 49, 51, 52, 53, 62, 76, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 89, 92, 94, 98, 99, 100, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 123, 128, 133, 136, 137, 142, 143, 147, 154, 177, 183, 190, 193, 203, 204, 205, 206, 207, 217, 225, 233, 245, 247, 256, 258, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 287, 289, 290, 296

V

Vulnerabilidade em saúde 148

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-779-6



9 788572 477796