



## A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR FAMILIAR JUNTO AO IDOSO ASSISTIDO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

**Valeria Alves da Silva Nery**- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. valalves04@yahoo.com.br

**Ramon Missias Moreira** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. ramoneefisica@hotmail.com.

**Rita Narriman Silva de Oliveira Boery** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. rboery@gmail.com

**Valeria dos Santos Ribeiro**- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. vavalribeiro@gmail.com

**Rayra Buriti**- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. rayra.buriti@gmail.com

**Wellington Gonçalves Nery**- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. Jornalista Nery@hotmail.com

**Ícaro Alves Brito** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. icarobrito@hotmail.com

**Diego Micael Barreto Andrade** - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB / Jequié-BA. diego\_dmba@hotmail.com

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade vivenciada a nível mundial e, no Brasil este fenômeno ocorre em um ritmo acelerado, visto que houve um aumento de quase 700% do número de idosos no país em menos de 50 anos – de 3 milhões, em 1960, para 20 milhões, em 2008 (VERAS, 2009).

A mudança do perfil demográfico do país pode ser observada pela diferença de proporção entre o número de idosos e crianças ao longo do tempo. Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população, caindo para 24,1% em 2010.

Já entre a população com mais de 65 anos correspondia, em 1991, a 4,8% da população e passou para 7,4%, em 2010. Isso significa que há menos crianças e adolescentes no país do que há 10 anos e que o número de idosos aumentou (IBGE, 2010). Esta redução da população de crianças e jovens e o consequente aumento do contingente de idosos deve-se a fatores condicionantes como o declínio da fecundidade.

A partir da queda do ritmo de crescimento anual do número de nascimentos se iniciou o processo de envelhecimento da população, tornando perceptível o contínuo estreitamento da base da pirâmide etária (CARVALHO, GARCIA, 2003).

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual, e ocorre de maneira diversificada entre os indivíduos, envolvendo uma multiplicidade de fatores de ordem genética, social, biológica, ambiental, psicológica e cultural (ASSIS, 2005).

Está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, que confere à pessoa idosa a condição de fragilidade, tornando-a mais vulnerável às doenças crônicas. Neste contexto, nota-se aliada à transição demográfica, a transição epidemiológica, que caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias para um outro onde predomina a morbimortalidade por doenças crônicas. Estas, são em geral incuráveis, demandam cuidados constantes e possuem complicações que podem causar incapacidades funcionais (ALMEIDA, AGUIAR, 2010).

As doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressividade na sociedade e, por serem predominantemente crônicas e múltiplas, surge a necessidade de acompanhamento médico permanente e internações frequentes. Sendo assim, o idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado ao de outras faixas etárias (VERAS, 2009).

A busca por assistência realizada pelo idoso doente e seu cuidador familiar, na tentativa de aliviar o sofrimento, obter a cura e a recuperação, significa obter a garantia do seu direito à saúde. No entanto, é comum depararmos com fatos que evidenciam atitudes de desrespeito aos direitos dos idosos, como a espera prolongada por um leito de hospital que está superlotado ou não tem infra-estrutura adequada para atender às suas necessidades, carência de equipamentos, profissionais não capacitados para lidar com o cidadão da terceira idade, e a

cassação dos direitos de conhecer sua condição de saúde, bem como as alternativas de tratamento, de opinar e escolher o melhor para si.

Os modelos vigentes mostram-se ineficientes e de alto custo, apontando para uma urgência de mudanças no cuidado à população idosa e para a necessidade de métodos inovadores de planejamento e gerência, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa garantir a integralidade da assistência (LIMA-COSTA, VERAS, 2003).

Visando a garantia do direito do cidadão de receber um atendimento público de qualidade na área da saúde, foi lançado, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001). O PNHAH propõe, através de um conjunto de ações integradas, a mudança do modelo de assistência prestada ao usuário nos hospitais públicos do país, a fim de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços oferecidos nessas instituições e, tem como objetivo fundamental o aprimoramento das relações dos profissionais entre si, dos profissionais de saúde com o usuário e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

## Material e Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura assistência à pessoa idosa em instituição hospitalar realizada nas bases de dados eletrônicas no primeiro, semestre de 2012, buscando-se responder a seguinte questão norteadora: como é desenvolvida a assistência à pessoa idosa em instituição hospitalar?

Para isso, foram realizadas buscas nas bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciElo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se os seguintes descritores presentes na relação de Descritores em Ciências da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde: “Idoso”. “Cuidado.” “ Hospital”. A busca se processou entre janeiro de 2000 a abril de 2012.

Como resultado obteve-se 271 estudos a partir da união entre descritores *assistencia and idoso*. Em seguida utilizou-se as seguintes combinações com seus respectivos resultados: *assistencia and hospitalar* 182 resultados; *assistencia and pessoas idosas* ; *cuidado and idoso and hospitalizado*; *assistencia and cuidador and idoso*, percebeu-se que todos os artigos resultantes dessas combinações estavam inclusos nos resultados da primeira combinação.

Para seleção, realizou-se uma análise prévia a partir da leitura dos títulos e resumos a fim de verificar se preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos: artigos originais, disponibilizados em textos completos; publicados em periódicos classificados pelo Qualis de extrato A e B da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES); e que abordassem a assistência à pessoa idosa em instituição hospitalar. Foram excluídos capítulos de livros, teses e dissertações, trabalhos de revisão, assim como estudos que abordassem a vulnerabilidade de homossexuais ou usuários de drogas.

Desta forma, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final resultou em 28 artigos. Estes foram organizados em um quadro sinóptico contendo: identificação do estudo; autores; ano e periódico de publicação; objetivos; Qualis do periódico; sujeitos da pesquisa; tipo de estudo; método/técnica de coleta de dados e os principais resultados, facilitando desta forma a análise dos estudos.

Além disso, para nortear a discussão foram identificados seis grupos temáticos associados à assistência ao idoso: O Cuidador Familiar no Cuidado à Pessoa Idosa e A Assistência à Pessoa Idosa no Serviço Hospitalar.

## CUIDADOS REALIZADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR JUNTO AO IDOSO

A interação do indivíduo com o ambiente o deixa exposto a fatores estressantes, e a ocorrência de um evento, considerado de pequeno impacto para alguns idosos, pode causar limitação no desempenho das atividades da vida diária (AVDs) e resultar ou não na perda da autonomia (CAMPBELL, BUCHNER, 2000).

Nesse contexto, observa-se em relação às doenças crônicas que elas crescem consideravelmente com o passar dos anos, pois em 2003, entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (IBGE, 2009). A condição de longevidade traz consigo o processo de fragilização decorrente do envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade dos idosos às diversas patologias e consequentemente a necessidade de

cuidados constantes. Na maioria das vezes, quem supre essa necessidade são os familiares (MOREIRA, CALDAS, 2007).

Faz-se importante ressaltar que, aqueles que geralmente assumem o cuidado da pessoa idosa e auxiliam na realização de suas atividades diárias são membros da família, os quais por questões culturais carregam essa responsabilidade (CATTANI e GIRARDON-PERLINI, 2006).

O papel da família é destacado através do Estatuto do Idoso aprovado em 1º de outubro de 2003 pela Lei nº 10.741 que, em seu artigo 3º, enfatiza a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso o 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. O membro da família que realiza o processo de cuidar parcial ou integralmente aos idosos com déficit de autocuidado é considerado um cuidador informal (NAKATANI, 2003).

Segundo Araújo (p.97, 2004) o cuidador pode ser conceituado como aquele “que assiste, trata e dá atenção ao paciente, seja ele familiar, amigo ou contratado exclusivamente para prestar o cuidado”. O cuidador tem a função de acompanhar e auxiliar o idoso a se cuidar, fazendo por ele somente as atividades que ele não consiga fazer sozinho. Vale ressaltar que técnicas e procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, especialmente na área de enfermagem, não fazem parte da rotina do cuidador (BRASIL, 2008). Muitas vezes esses cuidados podem ir além do âmbito domiciliar devido à cronicidade e multiplicidade das doenças típicas do envelhecimento que demandam internações prolongadas e frequentes. Neste contexto, a presença de um membro da família no hospital é muito importante para o idoso que é dependente de seus familiares, uma vez que a hospitalização o afasta do convívio familiar (PENA, DIOGO, 2005).

A presença do acompanhante é um direito do idoso hospitalizado garantido pelo Estatuto do Idoso, que em seu Art.16 dispõe: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico” (BRASIL, 2003). O cuidador familiar torna-se fundamental para que o indivíduo doente se adapte mais facilmente às mudanças ocorridas na sua rotina de vida, decorrentes do processo de hospitalização, auxiliando-o nas suas limitações. O familiar pode colaborar como membro da equipe de trabalho, tornando-se responsável pela assistência prestada, contribuindo assim, para a manutenção da integridade emocional do idoso (MENEZES, 1987 apud PENNA, DIOGO, 2005).

Segundo Pena e Diogo (2005), a presença do familiar e seu envolvimento no cuidado ao idoso hospitalizado não devem ser vistos como delegação de responsabilidades ou complemento de recursos humanos para a assistência de enfermagem, pois equipe e cuidador são parceiros atuando juntos para alcançar o mesmo objetivo, que é a melhoria do cuidado do idoso. Assim, o familiar cuidador de idosos necessita receber constantemente informações para a realização das intervenções diante das necessidades de cuidado do idoso e das limitações encontradas no processo de cuidar.

## **A ASSISTÊNCIA ÀO IDOSO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E A IMPORTÂNCIA CUIDADOR FAMILIAR**

O serviço de saúde a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável deve atender a alguns critérios, tais como boa disponibilidade, acessibilidade, integralidade, eficiência, qualidade, ausência de discriminação e resposta satisfatória compatível com a idade (KALACHE, HOSKINS, MENDE, 2005).

Entendemos que o cuidador familiar atua tanto no cuidado direto quanto indireto à pessoa idosa hospitalizada, integrando as condições de espectador e colaborador da equipe de trabalho na realização das ações de atendimento e assistência em saúde, o que o torna apto a avaliar o atendimento e assistência prestados no serviço hospitalar. Neste contexto, observamos que a discussão de alguns fatores possibilitará a compreensão de como se desenvolve este atendimento na percepção da figura do cuidador familiar.

O cuidado à pessoa idosa deve ser diferenciado, levando em consideração sua singularidade e contexto de vida. O idoso possui alterações biológicas próprias da idade, que o tornam diferente de um adulto jovem. Dentre essas diferenças, que influem no cuidado, podem ser citadas a apresentação de doenças crônicas, o rápido declínio do estado geral, interações medicamentosas, risco de iatrogenia e presença de déficits sensoriais e cognitivos (ALMEIDA, AGUIAR, 2011).

No entanto, observa-se que na prática os profissionais parecem não atentar para isso, pois, muitas vezes, ignoram as especificidades do idoso e o tratam da mesma forma que um

adulto. É freqüente depararmos-nos com fatos que evidenciam atitudes de desrespeito aos direitos dos pacientes. Deste modo, baseado nos relatos dos sujeitos deste estudo identificamos a violação de direitos, a partir da qual emergiram as seguintes subcategorias: Integridade física e emocional do paciente; Integralidade da assistência; Relacionamento com a equipe de saúde; Acomodação do acompanhante da pessoa idosa.

O cuidado implica na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso (SOUZA et al, 2005). No contexto de hospitalização, a manutenção do padrão saudável do paciente manifesta-se na prestação de cuidados com preservação da integridade física e emocional proporcionada pela realização correta do procedimento e oferecimento do devido suporte. Dessa forma o paciente irá se sentir mais preparado para enfrentar os futuros obstáculos que precisarão ser transpostos durante o processo de cuidado e cura (HOGA, 2004).

A assistência prestada necessita ser humanizada, respeitosa, justa, favorecendo a comunicação e a interação entre a equipe de enfermagem e os pacientes, de modo que o respeito aos seus direitos como cidadão seja assegurado (CHAVES, COSTA, LUNARDI, 2005). A conduta do enfermeiro na sua profissão é respaldada por um importante documento, o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (CEPE), que apresenta princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2007).

O estatuto do idoso, em seu artigo 15, garante atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS. Apesar do SUS instituir uma política pública que visa à integralidade da assistência, à universalidade de acesso, a equidade e especialização dos saberes, ainda enfrenta alguns desafios como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, precária interação nas equipes, fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência e baixo investimento na qualificação dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

A comunicação é fundamental para uma melhor assistência ao cliente e à família que estão vivenciando o processo de hospitalização. Os profissionais devem reconhecer a interação equipe de saúde–cliente–família, estabelecendo atitudes de empatia entre todos, contribuindo, dessa forma com a assistência humanizada (SIQUEIRA et al, 2006).

O enfermeiro, principalmente, tem o compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde, pois a família tem papel essencial na promoção do bem-estar e da saúde de seus membros, bem como influencia sobre a doença. Por esses motivos, este profissional encontra-se obrigado a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem (SIQUEIRA et al, 2006).

A comunicação adequada é aquela que tenta reduzir conflitos, mal-entendidos e solucionar problemas detectados na interação com os familiares e os pacientes. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação bastante utilizadas, conscientemente ou não. São reconhecidos alguns fatores negativos que interferem na efetiva interação enfermeiro-cliente-família, tais como a alta rotatividade destes profissionais nas organizações de saúde, o elevado número de absenteísmo e a insatisfação no trabalho (MATSUDA, SILVA, TISOLIN, 2003).

Oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas constitui-se em uma das obrigações das entidades de saúde, segundo o Art.50 do Estatuto do Idoso. No entanto, alguns serviços hospitalares não oferecem esses tipos de acomodações para o acompanhante do idoso. Ser acompanhante implica em limitações e mudanças na sua rotina diária, o que pode ser considerado como uma sobrecarga, principalmente física quando referem que dormem mal e não possuem acomodações adequadas.

A inadequação das instalações físicas pode ser observada através do relato de um dos entrevistados que informa a falta de espaço nos banheiros, dificultando a locomoção do paciente e pondo em risco a sua segurança. Isto revela uma infração ao Art. 48 do Estatuto do Idoso, o qual dispõe que as entidades de atendimento ao idoso devem oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.

A falta de recursos materiais apontada por um cuidador constitui-se como um problema de cunho gerencial que pode ser evitado, pois com o levantamento das necessidades de uma unidade pelo profissional de enfermagem (previsão) é possível fazer uma estimativa dos recursos necessários com a sua específica quantidade, estabelecendo cotas para uso diário, semanal ou até mensal. A falta de material pode ocasionar prejuízos no atendimento ao paciente (COSTA, GUIMARÃES, 2004).

Nota-se também denúncias de infrações relacionadas à conduta ética do profissional, evidenciadas por atitudes de desassistência, falta de compromisso e negligência por parte dos



profissionais, tais como troca de medicamento, recusa de auxílio ao familiar, demora para a realização de procedimentos e transferência da execução de cuidados, que são de sua responsabilidade, aos familiares.

Estas atitudes confrontam o Art. 4 do Estatuto do idoso que determina que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, violência e a qualquer atentado aos seus direitos por ação ou omissão, e o Art.5 que determina como obrigação da entidade de atendimento proporcionar cuidados à saúde conforme a necessidade do idoso. Ainda em confronto com o Estatuto do Idoso, foi denunciada a falta de prioridade no atendimento à pessoa idosa, que segundo o Art.3 desta legislação, tem necessidade de um atendimento preferencial, imediato e individualizado.

Nesse contexto, percebe-se a falta de capacitação de alguns profissionais para atender as necessidades de saúde da pessoa idosa dentro de um enfoque gerontológico, o que configura-se em infração ao Art.18 do EI, pois este determina que as instituições hospitalares devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais.

Apesar dos cuidadores reconhecerem situações e atitudes que não atendem aos direitos da pessoa idosa e não condizem com a integralidade da assistência, eles ignoram a relevância dessa problemática ao demonstrarem um elevado padrão de aceitação do serviço quanto a sua qualidade, classificando-o como bom. Dessa forma, constatamos que a ambigüidade está presente nos relatos dos entrevistados, pois em relação ao que realmente acontece, a ambigüidade oferece a interpretação comum aos discursos sem questionamentos e embasamentos, desvalorizando as ações e os acontecimentos (SOUSA, 2007).

Este pensamento ambíguo pode ser causado pelo conhecimento insuficiente dos cuidadores sobre os direitos de saúde das pessoas idosas e sobre as legislações que respaldam tais direitos, o que gera um entendimento dos cuidados à saúde como caridade/favores e uma acomodação frente aos problemas encontrados nos serviços de saúde. De acordo com Gauderer (1998), a informação e o conhecimento permitem que as relações democráticas se perpetuem. A falta de informação, ou seja, a ignorância permite ações abusivas, de exploração, subjugação e dominação, a informação dá ao indivíduo embasamento para argumentar, questionar e lutar pelos seus ideais e crenças.

Tendo em vista que o cuidado à pessoa idosa deve ser diferenciado, levando em consideração sua singularidade e contexto de vida, o desconhecimento das especificidades do idoso por parte dos profissionais de saúde culmina em atitudes que evidenciam desrespeitos aos direitos deste paciente, previstos em legislações. Mediante relatos tornou-se perceptível a violação de direitos no serviço hospitalar. Dentre as infrações identificadas podem ser citadas as administrativas como o número insuficiente de leitos, a falta de recursos materiais e a inadequação das instalações físicas, e as relacionadas à conduta ética do profissional.

Para tal, é preciso que a gestão pública invista na capacitação dos profissionais de saúde que atendem uma demanda considerável de pessoas idosas nos serviços de saúde a fim de que a integralidade do cuidado seja garantida. Com um enfoque no cuidador familiar que vivencia a sobrecarga de cuidar de idosos fragilizados e o desgaste físico e emocional por gastar boa parte do seu tempo no hospital acompanhando o idoso hospitalizado e sequer encontrar um lugar para descansar.

Destacamos também a necessidade de investimentos públicos para a implementação de redes de saúde mais eficientes a fim de melhorar a qualidade do atendimento à pessoa idosa, assim como efetivar os seus direitos para a proteção da mesma no serviço hospitalar, garantindo dessa forma uma assistência integral.

Assim, com estas considerações aqui apresentadas, acreditamos que este estudo irá contribuir para promover reflexões e inquietações sobre a situação de saúde da pessoa idosa, além de incentivar ações e medidas que promovam a melhoria da qualidade do atendimento e assistência à este grupo etário.

## CONCLUSÃO

É de suma importância que o cuidador seja visto também como um cliente que merece ser enfocado criteriosamente, pois a tarefa de assumir a responsabilidade por idosos fragilizados pode ser exaustiva e estressante devido ao envolvimento afetivo e à transformação de uma relação que antes era recíproca para uma relação de dependência, na qual o cuidador, ao realizar atividades



relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida (FERNANDES, GARCIA, 2009).

Atender ao idoso de forma integral é preocupar-se não apenas com todos os aspectos do processo saúde-doença que o mesmo enfrenta. É necessário atendê-lo em suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, integrando-os com outras pessoas, em especial outros indivíduos da mesma faixa etária que a sua, proporcionando-lhes atividades e ocupação (MARTINS & MASSAROLLO, 2008).

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Cuidado. Instituição Hospitalar. Assistência a saúde

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p.15-24, jan./jun. 2005.

ALMEIDA, A.B.M.; AGUIAR, M.G.G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.v.13, n.1, 42-9, 2011.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada. **RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005**. Disponível em: <[http:// e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18850&mode=PRINT\\_ VERSI](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18850&mode=PRINT_VERSI) ON>. Acesso em: 15 de janeiro de 2012.

ARAÚJO, M.G. de et. AL. A Família no Cuidado ao Portador de doença de Alzheimer. **RevistaTéc-cientEnferm.**; v.2 n.8, p.95-100, 2004

BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. **Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar**. Revista Brasileira de Enfermagem.v.61, n.5, p.552-7, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições, 1997, p.42. BORGES, M. C. M. Gestão participativa em organizações de idosos: Instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria eGerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 154, p. 1424-1429, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 2001. \_\_\_\_\_. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providencias**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providencias. Brasília: Ministério da Saúde: 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 58

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgências. **Portaria Nº 2048 de 5 de novembro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 12 nov. 2002