

PROTEÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS IDOSAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E EM PROCEDIMENTO DE HEMODIALISE NA CIDADE DE MANAUS-AMAZONAS.

Marlene de Deus Lima
Yoshiko Sassaki
Rita de Cassia Nunes Bastos
Thais Ilka de Deus Lima

RESUMO: A insuficiência renal crônica é reconhecida mundialmente como “problema de saúde pública”. Em idosos (as) este agravo tornar-se determinante para uma permanente subvida dos pacientes em questão. O envelhecimento é um fenômeno natural e processual. Envelhecemos porque vivemos. Muitas vezes, não nos damos conta de que a velhice é reproduzida socialmente, onde velhas e velhos trabalhadores passam quase invisíveis para o Estado, se não fosse o impacto do envelhecimento senil na agenda das políticas públicas. Nessa fase o idoso (a) fica vulnerável a vários agravos crônicos, cuja Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma de suas principais consequências. Este estudo é fruto de minha dissertação de mestrado e tem como objetivo apresentar o perfil das pessoas idosas com IRC, e suas demandas no âmbito das políticas públicas de proteção social. Possui abordagem crítica, de natureza qualitativa/quantitativa. Concluiu que a maioria dos usuários (as) IRC demandam inúmeras políticas de proteção social, principalmente, as que compõem a seguridade social, mas que infelizmente não tem se concretizado de forma a garantir condições de vida digna a esses cidadãos amazônicos no momento de sua finitude.

Palavras chave: Velhice, Insuficiência Renal Crônica, Proteção Social.

ABSTRACT: Chronic renal failure is recognized worldwide as a "public health problem". In the elderly, this aggravation becomes a determinant of permanent ablation of the patients in question. Aging is a natural and procedural phenomenon. We grow old because we live. Often, we do not realize that old age is socially reproduced, where old and old workers pass almost invisible to the state, were it not for the impact of senile aging on the public policy agenda. At this stage the elderly are vulnerable to several chronic diseases, whose chronic renal failure (CRF) is one of its main consequences. This study is the result of my master's thesis and aims to present the profile of elderly people with CRI, and their demands in the scope of public social protection policies. It has a critical approach, of a qualitative / quantitative nature. He concluded that most of the IRC users demand numerous social protection policies, mainly those that make up social security, but that unfortunately has not materialized in order to guarantee decent living conditions for these Amazonian citizens at the moment of their finitude .

Keywords: Old Age, Chronic renal failure, Social Protection.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto de minha dissertação de mestrado e tem como objetivo apresentar quem são as pessoas idosas com IRC, usuárias do programa SOS VIDA e atendidas nas unidades de saúde em Manaus, Estado do Amazonas e quais suas demandas no âmbito das políticas públicas de proteção social na garantia de melhores condições de vida. O recorte do estudo se deu a partir de nossas observações enquanto assistentes sociais, psicólogas e enfermeiras atuando neste programa junto a estes usuários (as).

Entendemos o envelhecimento como fenômeno natural e processual, que vai do útero ao túmulo. Para nós, o processo de envelhecimento é compreendido como processo de vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos e muitas vezes sem nos darmos conta disso; comporta a fase da velhice, mas não se esgota nela, mas a qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento se relaciona com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, assim como com o "estilo de vida" conferido a cada ser.

Nos países latino-americanos, o fato de um cidadão ficar velho tem sido um grande desafio para a maioria de nossos idosos, considerando todo um contexto econômico, social, político e cultural vivenciado com alto grau de desigualdades sociais, onde, viver com dignidade, tem sido um dos grandes desafios que vem impactando as agendas governamentais dos diferentes países do continente latino americano, nesta primeira década do século XXI.

No caso do Brasil, assim como nos demais países latino-americanos a construção do Estado Social sempre esteve ligado ao modelo de desenvolvimento econômico capitalista, que nesta parte do continente americano tem sido marcada ao longo da história por um sucessivo processo de exclusão social e desigualdade no acesso às riquezas socialmente produzidas.

Segundo Moreira e Caldas (2007, p. 20) "à medida que a expectativa de vida aumenta, haverá um aumento drástico e catastrófico na prevalência de distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos." Que no Brasil, aproximadamente 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos e mais da metade da população acima dos 85 anos de idade apresentam alguma incapacidade, levando muitas famílias a considerá-los como um peso a ser carregado, sem utilidade, atrapalhando as atividades diárias das mesmas, inclusive seus momentos de lazeres e rotinas laborais.

Essas incapacidades decorrem de múltiplos e vulneráveis fatores e levam o idoso a apresentar doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas entre outras que podem ou

não estar associadas, caracterizando as comorbidades. Algumas destas doenças, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca, predispõem à Insuficiência renal crônica (IRC), cuja taxa de prevalência de doença no Brasil com creatinina sérica $\geq 1,3\text{mg\%}$ foi de 0,5% nos adultos e 5% nos idosos a ou para muitos a Doença Renal Crônica (DRC), que torna-se mais agressiva quando acomete, principalmente, as pessoas idosas (HAMER, 2006; KUSUMOTA et al., 2004; LUGON, 2009).

No Amazonas, na cidade de Manaus, acreditamos que a problemática não foge ao quadro acima apresentado. Nossas referências numéricas estão restritas ao Programa SOS Vida atendendo estes usuários. As questões postas foram: Quais as demandas desses usuários (as) por políticas públicas de proteção Social? Qual seu perfil socioeconômico? Trabalhamos com este seguimento de pessoas por entendermos que a quantidade de pacientes atendidos pelo Programa é bastante significativa em relação a totalidade das demandas postas. Aplicamos formulários e entrevistas em 24 dos 117 idosos (as). O estudo foi realizado em quatro momentos inter-relacionados, que além de constituírem-se em ação metodológica em constante movimento de construção e desconstrução da temática, foram imprescindíveis à construção de um resultado teórico-prático. Os usuários foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa através do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.

2 DESENVOLVIMENTO

Pensar a questão do envelhecimento na sociedade capitalista contemporânea significa localizá-lo, nas relações de produção, do trabalho, do mercado de consumo, dos determinantes e condicionantes das condições de vida da população idosa no país. Nos primórdios, a velhice era vista como um processo natural, gradativo e contínuo, do nascimento a todas as fases da vida, numa sociedade comunitária. Na sociedade antiga, havia coincidência entre a profissão e a existência, ou seja, a coletividade não tinha que se preocupar com o idoso (BEAUVOIR, 1994).

Paiva (2012) pontua que a história registra mudanças que repercutiram nas relações sociais possibilitando o crescimento demográfico, onde o contingente populacional passou a compor o rol das mediações de reprodução social, garantindo a sobrevivência de sua espécie. Contudo, na sociedade moderna, segundo Mészáros (2002), essa mediação passa a sofrer as determinações da ordem sociometabólica da reprodução do capital. Além de reproduzir a espécie como garantia da sobrevivência humana, realizar-se nos limites necessários à sobrevivência do sistema do capital.

Envelhecer para o trabalhador, na ordem e no tempo do capital, é ter seu tempo de vida subordinado ao tempo de trabalho, mesmo depois de aposentado. Para os trabalhadores velhos de baixa renda, no capitalismo periférico brasileiro, é ter seu tempo livre submetido às exigências de reprodução social do capital e de controle social que se estende ao envelhecimento, submetendo o idoso ao planejamento externo de comportamentos, atitudes, sentimentos, consciência e mecanismos organizativos, Teixeira (2009). O envelhecimento está além de ser problema social pelas: restrições físicas, fisiológicas ou biológicas do organismo; crescimento demográfico da população idosa; restrição de papéis sociais, familiares, trabalhistas, mas pelas contradições impostas pelo sistema capitalista de produção.

De acordo com Camarano, Kanso & Mello (2004), o aumento da expectativa de vida pode ser visto como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira na última metade do século XX. O censo 2010 do IBGE mostrou que a população brasileira era de 190.755.799 de habitantes, dos quais 20.590.599 eram de idosos. No Amazonas a população chegou a 3.483.985, destes, 210.173 era idoso (IBGE, 2010).

Para Ribeiro et al. (2009), a velhice é uma realidade multidimensional considerando sua complexidade fisiológica, psicológica e social. Existem conotações políticas e ideológicas atreladas ao conceito de velhice. Neste estudo, a velhice não é limitada a fatores cronológicos, é reproduzida nos limites das condições concretas, no espaço e no compasso do tempo do capital. Faz parte do processo que completa o curso de vida humana.

Para Diogo e Neri (2009), a saúde deve ser pensada enquanto produto da interação e do equilíbrio entre as condições físicas e mentais dos indivíduos e os recursos que a sociedade lhes oferece para a promoção e a manutenção de sua boa qualidade de vida, ao longo de todo o desenvolvimento. É complexa a aplicação dos conceitos de saúde ao envelhecimento, pois sofre interferência de atitudes culturais negativas e preconceituosas.

Segundo o IBGE (2009), com base no PNAD de 2003 a 2008, entre os idosos que declararam possuir doenças crônicas, 64% apresentavam mais de uma patologia. Enquanto entre as pessoas mais jovens, de 0 a 14 anos, esse percentual era de apenas 9%. Entre os idosos (RUCCO, 2010; OLIVEIRA, 2007; KUSUMOTA, 2008).

Com a evolução da IRC, tanto o paciente quanto a família devem preparar-se para a fase terminal da doença, onde terão que submeter-se a diálise, enquanto única possibilidade de manter-se vivo. Ou seja, passam a depender de uma máquina cerca de quatro horas diárias, pelo menos, três vezes por semana já que lhe é negado o direito ao transplante de rins.

Faleiros (2008) afirma que o lócus dos direitos dos idosos na Constituição, nas leis e nas políticas é considerado polêmico, pois levam em conta não só as relações com o mercado e as representações sociais da velhice, mas com as relações intergeracionais. Fleury (1994)

argumenta que a intervenção do Estado nas questões sociais, através das chamadas políticas sociais têm como corolário a existência de uma relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão e o seu Estado. Iamamoto (2009) aponta que no Brasil, a expansão monopolista faz-se, mantendo, de um lado, a dominação imperialista e, do outro, a desigualdade interna do desenvolvimento da sociedade nacional.

Ao recorrermos a história do que convém denominar Sistemas de Proteção Social percebemos que, apesar de todas as suas fragilidades, nenhuma sociedade viveu sem qualquer tipo de proteção, a ponto de negligenciar o cuidado com os indivíduos, deixando-os a própria sorte ou acometidos por situações de risco.

No entendimento de Di Giovanni (1998), os sistemas de Proteção Social representam formas pelos quais as sociedades desenvolvem um conjunto de ações voltadas para a proteger em parte ou o conjunto dos seus membros, variando qualitativamente conforme o contexto histórico, econômico, social e cultural de seus membros.

De acordo com Di Geovanni, esses sistemas proveem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações, variando quanto a seletividade, distribuição e redistribuição desses bens materiais e também bens culturais, imprescindíveis a sobrevivência e a integração na vida social. Neste processo, importante papel possui seus princípios reguladores e normativo, sob o prisma de proteção, no constructo da vida das coletividades.

Nesta perspectiva reforça o autor que ainda que a proteção social exercida através do Estado é socialmente assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através de intervenção política e administrativa. Isso supõe a correção de rumos e estratégias no atendimento às necessidades sociais identificadas, superando um modelo de proteção social seletivo e excludente.

No entendimento de Di Geovanni (1998) a forma e concepção ampla que tem se discutido abre espaço para entender os Sistemas de Proteção Social, não como categoria estanque, mas como sistemas que se desenvolvem a partir das necessidades que as sociedades sentem e, ao mesmo tempo, como organizam e alocam os recursos na perspectiva de atender suas necessidades. Essa concepção abre espaço para entender os Sistemas de Proteção Social, não como categoria estanque, mas como sistemas que se desenvolvem a partir das necessidades que as sociedades sentem e, ao mesmo tempo, como organizam e alocam os recursos na perspectiva de atender suas necessidades.

Yazbek (2012, p. 9), na mesma linha de raciocínio, menciona que: de modo geral o padrão de desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro assim como dos países latino-americanos, foi bem diverso daquele observado nos países europeus, pois as

peculiaridades da sociedade brasileira, de sua formação histórica e de suas dificuldades em adiar permanentemente a modernidade democrática, pesaram fortemente nesse processo. Assim sendo, o acesso a bens e serviços sociais caracterizou-se por ser desigual, heterogêneo e fragmentado.

Em relação à proteção social em geral e ao público idoso em particular, se pode destacar a partir dos estudos publicados pela Cepal e citado por Santos e Yasbek (2014) que os objetivos da proteção social na América Latina estão voltados para a preocupação com a garantia de níveis mínimos de qualidade de vida aos cidadãos associada a políticas de promoção do acesso a direitos universais e a serviços sociais condizentes com a dignidade humana. O que exige a construção de sociedades democráticas e inclusivas que possam formular respostas públicas coerentes com a densidade demográfica na região, onde o envelhecimento se põe como um dos desafios enfrentados pelos países latinos nas duas últimas décadas.

A esse respeito a I Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América latina e no Caribe, estabelece algumas metas de ação em prol das pessoas idosas compreendendo três áreas prioritárias: “pessoas idosas e desenvolvimento; fomento a saúde e bem-estar na velhice e a criação de um ambiente propício e favorável às necessidades e reivindicações deste segmento social” (HUECHUAN, 2009 APUD SANTOS E YASBEK, 2014)

De acordo com as autoras duas características do fenômeno do envelhecimento na América Latina despertam grande preocupação: o rápido e acelerado crescimento da população idosa, como nunca se registrou antes na história e a o fato desse envelhecimento dar-se num contexto de uma alta incidência de pobreza, e uma persistente desigualdade no acesso institucional que não garante a qualidade dos sistemas de proteção, além da sobrecarga na instituição familiar para prover essa proteção (HUECHUAN, 2009, APUD SANTOS E YASBEK, 2014)

Assim, as reflexões sobre a proteção social aos idosos na América latina, apontam para a sua vinculação estreita com a garantia de direitos de cidadania. E que tem-se constatado o esforço desenvolvido pela Cepal na última década, de buscar aglutinar os países membros em torno do enfrentamento dos desafios postos pelo processo de envelhecimento populacional, procurando criar as bases de um consenso que oriente as ações governamentais sobre a proteção social às pessoas idosas e supere as fronteiras continentais (SANTOS E YASBEK, 2014)..

No Brasil, as primeiras iniciativas governamentais voltadas para garantir proteção social aos cidadãos datam dos anos 30 e 45, do século 20, com a introdução pelo governo Vargas da legislação social trabalhista direcionada a regulamentação das relações de trabalho

e reconhecimento de direitos dos trabalhadores, durante e após completada a jornada laboral. A segunda, situa-se pós Constituição de 1988, quando se amplia o padrão de proteção social com a incorporação da perspectiva da seguridade social. Dos anos 1930 aos anos 1970, o sistema abrangia apenas os trabalhadores formais dentro do padrão da.

Conforme a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a saúde dos pacientes deve ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada, segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.

No Estado do Amazonas a situação é mais grave, constatamos que inexistente linha de ação voltada para os pacientes em estágio terminal da doença, a não ser a emergencial e restrita a três Prontos Socorros de alta complexidade em Manaus, que contam com apoio de quatro clínicas privadas e um hospital federal, que não vem dando conta da grande demanda, resultando na implementação de uma imensa lista de espera sob os cuidados da SUSAM, cujos critérios e transparência são desconhecidos por todos.

Os relatórios estatísticos no período de 2009 a 2014 do Programa SOS VIDA apontam que no ano de 2009 das 3.694 remoções, 3.227 eram de usuários IRC, ou seja, 87%. Em 2014, esse quantitativo foi de 7.903 remoções; onde, 7.034 eram usuários IRC, ou seja, 89% da totalidade. Esses índices evidenciam que a doença vem estabelecendo-se como o agravo que mais mutila as pessoas, fazendo sofrer pacientes e a família, ficando evidente porque a doença é considerada como “nova epidemia do século XXI” (RIELA, 2003, p.9).

Quanto ao perfil socioeconômico, detectamos que dos 100% idosos (as) IRC há uma prevalência deste agravo sobre o sexo feminino, 67% das mulheres contra 33% do sexo masculino. Isso indica que o sexo feminino possui melhores condições físicas e psicológicas no enfrentamento e tratamento da IRC e hemodiálise se comparadas aos homens.

A maioria dos usuários é oriunda da zona rural (92% dos homens e 75% das mulheres) o que vai muito de encontro com a principal ocupação destes usuários. 50% dos homens eram agricultores contra (25%) das mulheres agricultoras e 25% divididos em domésticas e serviços gerais. Este quadro reflete, por um lado, o movimento migratório do campo para a cidade, principalmente, a partir da criação da Zona Franca de Manaus. Por outro, que às ocupações das mulheres, todas estão muito relacionadas à extensão do que elas fazem em suas casas, ou seja, os afazeres domésticos. Isso explica a origem da renda das mulheres serem o BPC e a pensão por morte do companheiro.

Ao analisarmos a renda mensal dos idosos IRC, constatamos que os homens continuam a ter renda superior as das mulheres. 75% dos homens ganham em média mais de

dois salários mínimos. As mulheres, somente 33%, mostrando que o segmento feminino continua, como há décadas, a possuir um subpreço dentro do mercado de trabalho monopolizado pelo sistema capitalista de produção. Quanto à origem da renda, para 93% dos homens, vem da aposentadoria e do BPC; 75% das mulheres têm sua renda atrelada ao BPC.

Ao serem questionados sobre os itens que mais demandam em relação às políticas públicas no âmbito da proteção social, 75% dos homens e 67% das mulheres apontam a alimentação, seguida pelos medicamentos, transporte, moradia, medicamentos entre outros, ficando, parece-nos, evidenciado que esses cidadãos já não possuem mais forças para mobilizarem e exigir pelo menos o que a legislação brasileira assegura de direitos sociais por meio da constituição Federal de 1988, elancando no nível de suas prioridades mais básicas, bens e insumos relacionados a suas respectivas subvidas e meios mínimos para garantirem seus respectivos tratamentos da doença.

5 NOTA CONCLUSIVA

Evidenciou-se que o sistema capitalista impõe a dissociação entre os trabalhadores e a propriedade de sua força de trabalho. Ao realizar historicamente este processo, acaba por transformar em capital os meios sociais de subsistência, os de produção, e em assalariados os produtores diretos, constituindo-se na “ordem da reprodução sociometabólica do capital.

Os impactos causados pela doença levaram-na ao status de “nova epidemia do século XXI”, pois pode ser expresso pelo alto nível de sofrimento que a enfermidade acarreta, impondo inúmeros desafios a rede SUS, que já não consegue atender a todos com o agravo.

O baixo nível socioeconômico dos idosos (as) IRC e famílias não vem atendendo as garantias constitucionais, a Lei nº 8.080/90 no âmbito das políticas públicas voltadas para bem-estar físico, mental e social dos cidadãos. Ou seja: alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda entre outros bens e serviços essenciais para todos voltarem a ter saúde.

Como a renda familiar é insuficiente para garanti-las, na maioria das vezes, usuários (as) confrontam-se como o dilema entre realizar as sessões de diálise ou assegurar a dieta alimentar, transporte, moradia, e os medicamentos e exames prescritos, mas não disponíveis na rede SUS.

Este fator também comprova a proporção com que este agravo traz implicações econômicas, considerando que a doença também influencia de modo marcante e decisivo, o comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho, pois, se adoecidos, tornam-se improdutivos para o capital, o que requer que continuemos refletindo sobre os dados da

doença e seus impactos na subvida desses (a) pacientes, além de estratégias que possam contribuir para maior efetividade em seus respectivos tratamentos, e de sua sobrevivência por meio das políticas públicas de qualidade.

Como afirmam Santos e Yasbek (2014), em relação ao atendimento das demandas advindas da população idosa, os programas, serviços e equipamentos sociais disponibilizados pelo poder público nos diferentes níveis de gestão em âmbito federal, estadual e municipal, embora representando avanços institucionais, são ainda insuficientes diante da grande demanda da população idosa. Que esta é a realidade vivenciada nos demais países do continente latino americano, o que requer a construção de planejamento e a adoção de medidas com amplitude de cobertura nas áreas da educação, saúde, assistência social, segurança alimentar, habitação, trabalho e emprego, mobilidade e acessibilidade e que possam em conjunto, atender a urgência desse segmento social em buscar qualificar a trajetória de sua longevidade para esta e para as futuras gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. **Como Vive o Idoso brasileiro?** In Camarano, A.A (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60.** Cap.1 p.25-73. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. Acesso em 01-03-2010.
- DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI M. **Saúde e qualidade de vida na velhice.** São Paulo: Alínea, 2004.
- FALEIROS, V. P. **Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação.** In: DANTAS, Bruno et al. (Org.). **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois.** Brasília, 2008.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- HAMER, R.A, EI NAHAS, A. M. **The burden of chronic kidney disease is rising rapidly worldwide.** BMJ 332:563-4,2006
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico** de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
- GIOVANNI. G. **Sistema de proteção social.** 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2013.
- HUENCHUAN, S. **Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas.** Santiago de Chile: Cepal, abril, 2009.
- KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. **Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532.mai./jun. 2004.
- LUGON, J.R, **Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública.** Jornal da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Divisão de Nefrologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal Fluminense, 2009;31 (supl 1):2-5.
- MÉSZÁROS, I. **1930- Para além do capital :rumo a uma teoria da transição;** tradução Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo :Boitempo, 2011.
- MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso.** Escola Anna Nery R. de enfermagem, v.3, n.11, p.520-525, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>. Acessado em: 20/02/2013.

PAIVA, S.O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social. Recife,2012.

RIBEIRO, P. C. C.; Neri, A. L.; Cupertino, A. P. F. B.;YASSUDA,M. S.(2009). **Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde**. Psicologia em Estudo.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ed. Rio de Janeiro- RJ- Guanabara, 2003.

RUCCO, K. Q, et al. **Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise**. J Health Sci Inst. 2010;28(3):268-71 268.

SILVA, M. R. F. e YAZBEK, M. C. **Proteção social aos idosos**: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil , R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014

TEIXEIRA R. A. **A Produção Capitalista do Conhecimento e o Papel do Conhecimento na Produção Capitalista**. Economia, Brasília (DF), v.10, n.2, p.421–456, mai/ago 2009.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde**: desafios para o setor privado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out./2007.

YAZBEK, M. C. **Sistemas de Proteção Social, intersectorialidade e integração de políticas sociais** . Janeiro, 2012, 27 p., Mimeografado