

ESTABELECEMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO AO CLIENTE IDOSO

Almeida, RAS¹; Paes, DC²; Silva, EFM³, Sant'Anna, ALGG⁴; Giaretta, VMA⁵

^{1,2,3} Universidade do Vale do Paraíba/Acad. Enfermagem, Avenida Shishima Hifumi, nº2911
enfermeiras_der@hotmail.com

^{4,5} Universidade do Vale do Paraíba/ Docentes Enfermagem, Avenida Shishima Hifumi, nº2911
giaretta@univap.br

Resumo: Este estudo visa conhecer a edificação, equipamentos e proposta assistencial dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) para o atendimento ao idoso. Utilizou-se um método descritivo-exploratório, de campo, com abordagem quantitativa. Os dados foram colhidos por um formulário específico para estes EAS fundamentado nas recomendações da RDC nº50 – ANVISA, 2002. Em relação à planta física somente 33,3% apresentam piso antiderrapante e 66,6% corrimão nos corredores e rampas que favorecem a locomoção do idoso. Somente 66,6% dispõem de leito auto-regulável com grade. As atividades recreativas são desenvolvidas por 66,6% desses EAS e oferecem TV no quarto. Todos os EAS tem atendimento religioso. E 33,3% trabalham com equipe multidisciplinar, profissionais especializados que realizam treinamento semanal. Conclui-se que a maioria dos EAS não estão adequados para atender o idoso conforme as políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Idoso, Edificações, Hospitalização, Enfermagem.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde (Enfermagem)

Introdução

O envelhecimento, segundo Carvalho Filho e Papaleo Netto (2006), “[...] é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, ocasionando perda progressiva da capacidade de adaptação do idoso ao meio ambiente, maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo a morte”. Segundo Rocha (2008), a população idosa de maior crescimento no mundo é a Brasileira, chegando a mais de 20 milhões no país, só em São José dos Campos o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), em 2009, apontou 53.235 pessoas idosas; com esta assertiva o poder público juntamente com os profissionais da saúde tem que elaborar um programa que atenda a demanda desta população baseando-se na lei nº 8842/94 que dispõe sobre o Programa Nacional de Política do Idoso (PNPI) que garante promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde do idoso com profissionais especializados e, esta em consonância com o Estatuto do Idoso (2003).

Em conformidade com o PNPI, o Estatuto do Idoso e a Organização Mundial de Saúde (OMS), os profissionais de saúde e o Estado têm aumentado a preocupação com o envelhecimento, condição que requer adequações nas edificações das cidades, EAS e nas grades curriculares dos cursos de graduação voltados à saúde. Algumas mudanças já ocorreram, no entanto, ainda há mais a se fazer, como na prevenção das doenças, incapacidades e dependências.

O trabalho objetivou conhecer a edificação, equipamentos e proposta assistencial utilizada para o atendimento ao idoso pelos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que atendem idosos em um município do Interior Paulista.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, de campo, com abordagem quantitativa. Foram entrevistadas enfermeiras de 03 dos 05 EAS de pequeno e médio portes que atendem idosos, convidadas a participar da pesquisa. A coleta ocorreu em janeiro e fevereiro de 2010, em um município do interior paulista, após autorização formal do responsável do EAS, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Paraíba (protocolo nº H242/CEP2009-UNIVAP) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se um formulário próprio e específico contendo 26 perguntas semi-estruturadas, subdividido em quatro partes: 1- caracterização do EAS, 2- caracterização arquitetônica e dos equipamentos, 3- caracterização do idoso internado e a 4- caracterização dos profissionais de saúde. Este instrumento seguiu as recomendações da resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002) que dispõe sobre as normas técnicas e requisitos de planejamento, elaboração e avaliação de projetos de construção de EAS.

Os dados coletados foram tabulados em banco de dados Excel e calculados em números absolutos e porcentagem.

Resultados

Fizeram parte da pesquisa 05 enfermeiras dos respectivos EAS: 02 de clínica médico/cirúrgica do EAS A, 01 da clínica médica e 01 da clínica cirúrgica do EAS B e 01 da reabilitação e retaguarda do EAS C.

Quanto à manutenção dos EAS ,66,6% são privados, sendo que 33,3% atendem convênios médicos e 33,3% são filantrópicos e atendem tanto convênios médicos, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao porte 66,6% são de médio porte e 33,3% de pequeno porte. Em relação ao atendimento, o EAS A dispõe de uma clínica médico-cirúrgica. O EAS B de duas clínicas, uma médica e uma cirúrgica, ambas para adultos e idosos e o EAS C de leitos de retaguarda e reabilitação.

Quanto ao número de leitos por quartos o EAS A possui na clínica médico-cirúrgica 14 quartos com 01 leito e 12 com 02 leitos, totalizando 26 quartos e 38 leitos. O EAS B possui na clínica médica 01 quarto com 01 leito, 02 quartos com 02 leitos e 06 quartos com 03 leitos, totalizando 09 quartos e 23 leitos na clínica cirúrgica, distribuídos em 06 quartos com 01 leito, 04 quartos com 02 leitos e 04 quartos com 03 leitos, totalizando 14 quartos e 26 leitos. Os EAS A e B não possuem quartos e nem leitos especialmente reservados para os idosos. Já o EAS C contém 04 quartos com 01 leito e 07 quartos com 02 leitos, totalizando 11 quartos e 18 leitos todos destinados para idosos.

Todos os EAS (100%) contemplam portas amplas com no mínimo 0,80 x 2,10m, a distância entre os leitos é de 1m; a distância entre o leito e a parede é de 0,5m e entre a cabeceira e a parede é inexistente, pé do leito e/ou o outro leito e a parede 1,20m. A iluminação é natural e artificial (fluorescente), os interruptores de luz estão em bom estado de conservação; a campainha está próxima ao leito e o ar condicionado é de janela. No banheiro, as barras de apoio, a altura da torneira da pia e do desviador da ducha são compatíveis ao idoso cadeirante. Em 83,2% dos EAS existe interruptor de luz à entrada do quarto e próximo ao leito com graduação de iluminação. Os 66,6% dos EAS utilizam corrimão no corredor e rampa, iluminação indireta e ventilação mista nos quartos, além de escadinha medindo 40x35x40cm sob o leito; a altura do registro da ducha é acessível ao idoso cadeirante e dispõe de sóculo no vaso sanitário; em 49,9% dos EAS, os interruptores de luz e as tomadas dos quartos estão a 1,50m de altura do piso e possuem

dispositivo de identificação noturna; 33,3% dos EAS possuem piso antiderrapante, porém, as tomadas próximas ao rodapé e 16,6% dos EAS contêm rampa e interruptor de luz acima de 1,50m de altura.

Quanto aos equipamentos e acessórios facilitadores da qualidade do atendimento todos EAS possuem leito regulável com grade e poltrona reclinável; 83,2% dos EAS disponibilizam andador sem rodízios para auxílio à deambulação, 66,6% leitos auto-reguláveis com grade, leito ortopédico, elevador Hoyer e assento elevado de vaso sanitário com barras de segurança; 16,6% possuem leitos auto-reguláveis para obeso e 33,3% bota imobilizadora. Para o lazer 83,2% dos EAS possuem jardim; 66,6% TV no quarto; 49,9% solário; 33,3% sala de TV, sala de leitura e hall. O EAS A oferece atividades recreativas como orquestra e no EAS C passeios externos e piscina. Todos disponibilizam atendimento religioso em horário diferenciado; 33,3% possuem capela ecumênica, 33,3% capela católica, oferece comunhão e visita diária do sacerdote.

Nas condições fornecidas pelos EAS para os acompanhantes, todos permitem de ambos os sexos; 83,2% possuem poltrona reclinável individual; 66,6% oferecem área de alimentação e a mesma é gratuita, já o EAS B, a disponibiliza somente com comprovação de baixa renda e, banheiro privativo os EAS A e C. A troca do acompanhante no EAS A ocorre no horário de visita, sendo que nos apartamentos é das 10 às 21h e nos quartos das 16 às 17h e das 20 às 21h, no EAS B nos horários: 8h, 14h e 20h e no EAS C até às 22h.

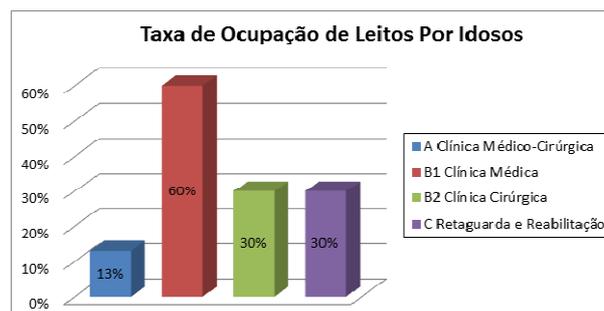


Figura1. Média anual de ocupação por idosos nos EAS pesquisados. São José dos Campos – 2010

As doenças mais frequentes no EAS A são as oncológicas e as que acometem os sistemas cardiocirculatório, endócrino, nervoso e músculo-esquelético; no EAS B, na clínica médica, as afecções dos sistemas respiratório e urinário e, na clínica cirúrgica as oncológicas; na EAS C as do sistema nervoso. As complicações mais comuns nestes EAS são: na A hemodinâmicas, na B, a resposta foi inespecífica; na C são inexistentes. As cirurgias mais realizadas no EAS A são do sistema

músculo-esquelético, gastrointestinal e urinário e no EAS B oncológicas.

Quanto aos idosos a média de idade foi de 50% com 70 anos, 25% com 75 anos e 25% com 90 anos e, quanto ao sexo predominou o feminino (60%).

Tabela 1. Caracterização dos profissionais especializados. São José dos Campos - 2010

	A	B	C
Médico	X		X
Enfermeiro			X
Fisioterapeuta			X
Terapeuta Ocupacional			X
Psicóloga			X
Assistente Social			X
Fonoaudióloga			X
Horas diárias desse profissional			8 h ou 12X36h
Plantão à distância	X		

Em relação à presença de especialistas em geriatria, no EAS A existe médico com plantão “à distância”; no EAS B não possui geriatras e no EAS C todos os profissionais são especializados e trabalham em turno de 8h no período diurno e 12h no período noturno.

A Educação Permanente voltada para o atendimento ao idoso é realizada mensalmente no EAS A; semanalmente no EAS C pela equipe multidisciplinar e, não é realizada no EAS B.

Discussão

O Estatuto do Idoso assegura o direito à acompanhante e exige que o órgão de saúde proporcione condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico. Para tal, as instituições de saúde devem se adequar para atender aos critérios mínimos de acolhimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda. Também devem oferecer instalações físicas em condições adequadas para promover a higiene, alimentação, salubridade e segurança para o paciente e acompanhante; promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer; propiciar assistência religiosa àqueles que

desejarem, de acordo com suas crenças e manter no quadro de pessoal profissional com formação específica.

Obteve-se na caracterização dos EAS o resultado compatível ao direito do idoso ser atendido em suas necessidades biopsico-sócio-emocionais, onde são amplamente oferecidas no EAS B, já no EAS A recebem esse mesmo atendimento somente aqueles idosos que tenham convênios médicos ou façam a opção por atendimento particular. No EAS C somente os particulares, realidade esta, que não é consonante com a população idosa brasileira, na qual 76,6% é beneficiária da previdência (IBGE, 2007); Neri, (2007) relata “[...] que entre 60 anos e mais a renda per capita é de 168 reais mensais [...] o que não lhes permite custear planos particulares nem internar em instituições particulares. Faleiros (2007), em sua pesquisa constatou “[...] que a previdência é a principal fonte de renda dos idosos brasileiros, atingindo as faixas etárias de forma diferenciada: 78% na faixa de 70 -74 anos, 75% na faixa de 75-79 anos e 74% na faixa de mais de 80 anos, mas apenas 69% na faixa de 60-64 anos [...]”

Com relação às unidades de internação a pesquisa constatou que o EAS B é o único que tem quartos com três leitos; acredita-se que este fato está relacionado com a idade da instituição, em que, na década de sua inauguração permitia e era normal a presença de três ou mais leitos e, os quartos eram maiores. Já os EAS A e C são de construção mais recente e seguiram a legislação atual, a qual recomenda que seja preservada a territorialidade e individualidade como preceitos da humanização do cuidar.

O Estatuto do Idoso enfatiza o direito ao atendimento individualizado e de acompanhante 24h, e os EAS pesquisados respeitam este artigo, mas acredita-se que nos quartos com mais de dois leitos a privacidade é prejudicada, pelo motivo óbvio do número de pessoas no quarto.

Baseado, nestas evidências, acredita-se que o EAS B deva priorizar o atendimento aos idosos nos quartos com 1 ou 2 leitos e reestruturar os quartos com 3 leitos. Os EAS A e B pesquisados poderiam reavaliar a possibilidade de internar idoso, somente com outro idoso no quarto, para amenizar o choque intergeracional.

Em relação às edificações, verificou-se que 66,6% dos EAS estudados, não utilizam piso antiderrapante, 100% possuem portas amplas, 16,6% contém rampa e 33,3% não possuem escada à beira de leito, dificultando a locomoção do idoso ou predispondo a quedas. Segundo a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com

rodas. A largura das rampas deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, a largura livre mínima recomendada para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50m, sendo o mínimo admissível de 1,20m. As portas devem ter um vão mínimo livre de 0,80m e altura mínima de 2,10m. Soares (2009) ao avaliar as condições de pisos hospitalares em Porto Alegre, observou problemas como má execução dos pisos, riscos, desgastes, lascas, quebra e escorregamento. Além disso, a idade do revestimento variou de 02 a mais de 20 anos. Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) verificaram que 54% das quedas apresentaram como causa, ambiente inadequado, seguido por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%). A maioria das quedas foi relacionada aos problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) entre outros.

Quanto à iluminação obteve-se 100% com iluminação mista, sendo que a iluminação artificial é 100% fluorescente, 66,6% dispõe de iluminação indireta e 49,9% de dispositivos de identificação noturna. Santos (2008), em seus estudos, aponta que é necessário proporcionar a iluminação não somente para atender aos aspectos normativos, mas também, para aspectos de humanização. Acredita ainda que, esta iluminação artificial e/ou natural é importante tanto para a saúde, quanto para influenciar positivamente o humor e a disposição das pessoas. Os idosos têm necessidades especiais de iluminação, requerendo três vezes mais luz do que os jovens ou adultos para realizar atividades diárias ou para identificar objetos (SANTOS, 2008). Sampaio (2005) afirma que o projeto deve levar em consideração a satisfação e bem estar dos pacientes, portanto os espaços devem ser flexíveis e funcionais, com iluminação adequada, ruídos toleráveis, promover conforto, qualidade, eficiência e manutenção de um entorno saudável. Vasconcelos (2004) corrobora com esta pesquisa quando relata que o ambiente interfere e interage no comportamento sensorial do paciente, onde a existência de luz natural, sacada, jardim interno e externo, de fácil acesso ao paciente, remetem a sensação de controle e autonomia de sua vida, muitas vezes inexistente no processo de internação. Pode se inferir que, um ambiente com condições adequadas de temperatura, cor e espaço mantém sua privacidade, sendo de extrema importância para o ser humano, principalmente para o idoso.

Em relação aos acessórios e equipamentos acreditamos que os EAS possam disponibilizar, no banheiro, apoio lateral, cadeiras higiênicas removíveis, assento elevado de vaso sanitário com apoio, favorecendo a acessibilidade, independência e atendendo às necessidades de

segurança e conforto. Costa e Guimarães (2004) afirmam que o enfermeiro nos EAS tem sido responsável pela administração do ambiente físico, cabendo a previsão, provisão, organização e controle dos equipamentos e da estrutura arquitetônica. Os equipamentos e o ambiente podem aumentar o risco de quedas, portanto devem ser avaliados periodicamente pelo enfermeiro para manutenção preventiva ou corretiva (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Avelar et al (2010) afirma que a segurança do ambiente depende entre outras coisas de estrutura física adequada, material apropriado e seguro e qualidade do serviço prestado.

Observou-se que todos os EAS oferecem meios de recreação destacando-se a TV onde 66,6% a disponibilizam nos quartos e 33,3% disponibilizam uma sala com o intuito de promover a integração dos idosos, proporcionar bem-estar e lazer aos seus clientes, diminuindo assim as comorbidades e o tempo de internação hospitalar. Jannuzzi e Cintra (2006) relataram que durante a internação, as atividades praticadas com maior frequência pelos idosos foram as: conversas, realizadas por 99,0% dos entrevistados, visitas de familiares e de amigos (95,0%), caminhada (36,0%) e assistir à televisão (23,0%). Sabe-se que a televisão é um meio de informação e entretenimento que proporciona lazer.

No que diz respeito ao atendimento religioso de certa forma todos os EAS cumprem o estabelecido pelo Estatuto do Idoso, pois promovem esta assistência; Silva et al (2009) relataram que as pessoas tendem a buscar mais religiosidade diante da adversidade e em situação de doença e/ou de incapacidade, apegando-se mais às crenças religiosas, na tentativa de conseguir segurança, conforto e apoio num Ser Superior.

Referente às condições para acompanhante observa-se que os EAS não disponibilizam todas as condições necessárias para a permanência do acompanhante em tempo integral. Pena e Diogo (2005) afirmam *"que estar junto ao idoso hospitalizado e permanecer alerta aos acontecimentos, facilita sua participação no cuidado, principalmente, quando a relação entre o familiar e o idoso é permeada por sentimentos positivos e relação de apego, podendo observar as alterações que ocorrem com o idoso e comunicá-las à enfermagem"*.

A Figura 1 exibe a média anual de ocupação, prevalecendo 60,0% na clínica médica do EAS B. Gaino, Leandro-Merhi e Oliveira (2007) afirmam que os serviços hospitalares, de maneira mais intensiva e natural, são utilizados por idosos que os demais grupos etários, acarretando tratamento prolongado e recuperação mais lenta, maior ônus aos EAS e à família. Na caracterização dos idosos internados segundo média de idade,

prevaleceu os de 70 anos. Papaleo Netto (2005) afirma que o aumento da expectativa de vida ou esperança de vida é fato mundialmente incontestável, inclusive nos países menos desenvolvidos.

Observou-se prevalência (60,0%) de internações do sexo feminino. Neri (2007), afirma que “[...] a feminização da velhice é um fato de alcance mundial, de modo especial nos segmentos mais velhos”. Os dados obtidos encontram respaldo nos de Gaino, Leandro-Merhi e Oliveira (2007) cuja população foi composta por 54,0% dos pacientes de sexo feminino e 46,0% do masculino, já no estudo de Sales e Santos (2007) a maioria dos idosos internados (72,6%) eram do sexo masculino e, destacaram a diferença de atitude em relação à doença: “[...] as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento maior sobre as doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens”.

O presente estudo constatou que as principais patologias que levam o idoso à internação estão relacionadas a quase todos os sistemas (cardiocirculatório, endócrino, nervoso, respiratório, urinário e músculo-esquelético). Em estudo realizado por Loyola Filho et al (2004), constataram percentagens mais altas de hospitalização de idosos, de ambos os sexos, para doenças circulatórias, respiratórias e digestivas.

Na Tabela 1, constatou-se que há falta de especialistas nas EAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2009) existe apenas 829 médicos geriatras titulados pela entidade no Brasil. Motta e Aguiar (2007) afirmam que existe escassez de especialistas em geriatria e gerontologia no Brasil, consoante com os dados do IBGE (2008), que descreve uma população de 20 milhões de idosos no país perfazendo um total aproximado de 24.125 idosos por médico geriatra.

O presente estudo constatou que 66,6% realizam educação permanente, estes dados vêm de encontro à assertiva de Rodrigues et al (2007), quando destaca a importância da constante atualização do enfermeiro, para um desempenho profissional de qualidade. Entre as atividades de capacitação deve incluir o cuidado ao idoso; assegurando à equipe treinamento e conhecimentos específicos das necessidades da pessoa idosa e a melhor forma de assisti-la e ainda, orientar cuidadores familiares.

Conclusão

O presente estudo permite concluir que os EAS A e B enfrentam dificuldades para atender o cliente idoso, principalmente no que diz respeito a alguns aspectos do ambiente físico e profissionais especialistas, mas pode-se perceber que buscam atendê-los da melhor forma dentro de suas

possibilidades. O EAS C encontra grande facilidade para atender essa clientela nestes aspectos, devido à sua especificidade de atendimento, isto é, para esse tipo de público, seguindo o estabelecido pelas políticas vigentes, porém, sendo de manutenção privada, restringe o acesso a seu atendimento à população idosa economicamente mais deficitária.

Considerações finais

Os aspectos dos serviços de saúde não estão em conformidade com as normas legais estabelecidas, expostos neste estudo, reforçam a idéia de que as Políticas de Saúde precisam priorizar a atenção à Saúde do Idoso, melhorando as condições de atendimento, a fim de alcançar a equidade, um dos princípios constitucionais do SUS.

Os profissionais da área de saúde precisam especializar-se para promover um atendimento de qualidade a esta população que esta em franca expansão.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução – RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 24/03/2009.
- AVELAR, A.F.M. et al. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/4892>>.
- BRASIL. Leis, etc. **Estatuto do idoso**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 19)
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALETTO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- COSTA, C.M.A.; GUIMARAES, R.M. Considerações sobre a administração de recursos materiais em um hospital universitário. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, maio 2004. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522004000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 08/09/2010.
- FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR, M.L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 38, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102004000100013&script=sci_arttext&lng=e>. Acesso em: 12/03/2010.
- FALEIROS, V.P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, A. L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Ed. Fundação Perceus Abramo, 2007.

GAINO, N.M; LEANDRO-MERHI, V.A; OLIVEIRA, M.R.M. Idosos hospitalizados: estado nutricional, dieta, doença e tempo de internação. **Revista Bras. Nutr.Clin.**2007. Disponível:<<http://www.sbnpe.com.br/revista/V22-N4-118.pdf>>. Acesso em: 14/03/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais- 2007. IBGE divulga indicadores sociais dos últimos dez anos.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/.../noticia_visualiza.php?id_noticia> Acesso em: 17/06/2010.

JANNUZZI, F.F; CINTRA, F.A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000200005&lang=pt>. Acesso em: 14/03/2010.

LOYOLA FILHO, A.I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde** Brasília, v.13, n. 4. 2004. Disponível <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742004000400005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 10/05/2010.

MOTTA, L.B; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Ciên. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200012&script=sci_arttext&tlang=em>. Acesso em: 12/03/2010.

NERI, MC. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A.L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Ed. Fundação Perceus Abramo, Edições SEC. SP, 2007. p. 94-95.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMA BRASILEIRA. ABNT. NBR 9050. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** ABNT 2004. Disponível: <<http://www.mpdft.gov.br/sicorde/NBR905031052004.pdf>>. Acesso em: 17/06/2010.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo, SP: Atheneu, 2005

PENA, S.B; DIOGO, M.J.D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.13, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000500009&lang=pt>. Acesso em: 14/03/2010.

BRASIL. Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Programa Nacional de Política do Idoso.** Brasília: D.O.U, 1994. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8842.htm>. Acesso dia 06/10/2009.

ROCHA, C.C.C. População idosa do Brasil é a que mais cresce no mundo, **Primeira Pauta**, jornal laboratório, jornalismo eletrônico. 13 novembro de 2008. Disponível<[PrimeiraPautaJornallaboratório.Jornalismoeltrônico:http://primeirapauta.com/BR/?p=131](http://primeirapauta.com/BR/?p=131)>. Acesso: dia 06/10/2009.

RODRIGUES, R.A.P; et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 3. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300021>. Acesso em: 06/10/2009.

SALES, F. M. ; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300016>. Acesso em: 06/10/2009.

SAMPAIO,A.V.C.F. Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade – proposta de um instrumento de avaliação. **Faculdade de Arquitetura e Urbanismo.** Universidade de São Paulo, SP, 2005. Disponível:< <http://www.teses.usp.br>> Acesso em 08/09/2010.

SANTOS, F.M.M. **Centros integrados de cuidado ao idoso: arquitetura e humanização.** Monografia (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em arquitetura. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de arquitetura, 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/centros_integrados_cuidados_idoso.pdf>. Acesso em: 10/11/2009.

SILVA, M.S; et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.43, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600007>. Acesso em: 14/03/2010.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Equipe técnica conclui estudo científico na casa do idoso.** Disponível em: <<http://www.sjc.sp.gov.br>>. Acesso em: 09/08/2010.

SOARES,T.N. **Revestimentos dos pisos hospitalares: avaliação de condições de uso em Porto Alegre.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Departamento de Engenharia Civil, 2009. Disponível<www.lume.ufrgs.br/handle/10183/24125>. Acesso em: 08/09/2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/default.aspx>>. Acesso em: 04/12/2009.

VASCONCELOS, R.T.B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior.** Florianópolis, 2004. Universidade Federal de Santa Catarina. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObr aForm.do?select_action=&co_obra=95509> Acesso em: 08/09/2010.