

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA

Fernanda dos Santos Pascotini

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E  
CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E  
RESIDENTES**

Santa Maria, RS  
2019



**Fernanda dos Santos Pascotini**

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E  
CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E RESIDENTES**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Dra. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS  
2019

Pascotini, Fernanda

Instituições de longa permanência para idosos e condições de vida e saúde de seus trabalhadores e residentes / Fernanda Pascotini.- 2019.

155 p.; 30 cm

Orientadora: Elenir Fedosse

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2019

1. Envelhecimento 2. Instituição de longa permanência para idosos 3. Serviços de saúde para idosos 4. Cuidadores 5. Qualidade de vida I. Fedosse, Elenir II. Título.

**Fernanda dos Santos Pascotini**

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E  
CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E RESIDENTES**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.**

**Aprovada em 27 de agosto de 2019.**

---

**Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Dra. (UFSM)**

---

**Valdete Alves Valentins dos Santos Filha, Dra. (UFSM)**

---

**Sílvia Virginia Coutinho Areosa, Dra. (UNISC)**

---

**Nadiesca Taisa Filippin, Dra. (UFN)**

Santa Maria, RS  
2019



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelas oportunidades de crescimento e evolução; por guiar o meu caminho e dar forças para realizar meus sonhos.

Aos meus pais, Luis Henrique Haubold Pascotini e Lilian Müller dos Santos Pascotini, por me ensinarem que o estudo é o melhor caminho e a maior herança que eu poderia receber. Amo vocês!

Ao meu esposo Jean Michel Moura Bueno, pela parceria, paciência, incentivo e por toda a ajuda! Eu te amo!

À minha querida orientadora, Dra. Elenir Fedosse, pela oportunidade de ser sua orientanda. Obrigada pelo conhecimento transmitido, pela ajuda a qualquer hora, por acreditar em mim! Gratidão!

Às bolsistas Camila Gomes Nazario e Rafaela Rossini Rosa, por toda ajuda nas coletas, encarando aventuras em diversos municípios do nosso Rio Grande do Sul. Obrigada! Sem vocês, eu não teria conseguido!

À colega Rosane Seeger da Silva, pela parceria nesses anos de doutorado, companheira de desabafos, eventos e muitos trabalhos – amiga que guardarei para sempre em meu coração!

Às colegas e amigas do Serviço de Reabilitação Médica, pelo apoio, incentivo e torcida.

Aos responsáveis, trabalhadores e idosos das Instituições de Longa Permanência para Idosos da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, obrigada pela recepção e por acreditarem em nosso trabalho!

À querida Rogéria dos Santos, pela disposição e trabalho impecável.

À CAPES, pela concessão da bolsa de pesquisa.

Aos membros da banca pelas correções e contribuições.

OBRIGADA!





## RESUMO

### INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E RESIDENTES

AUTORA: Fernanda dos Santos Pascotini

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

Esta pesquisa objetivou analisar as condições estruturais/prestação de serviços das/nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da 4ª Coordenaria Regional de Saúde/RS, bem como as condições de vida/saúde de seus trabalhadores e idosos. Foram incluídas 11 ILPI de oito municípios da região, 86 dos 318 trabalhadores e 94 dos 522 residentes encontrados. Identificou-se que 100% das ILPI possuem alguns quartos sem banheiro; 72,7% têm área externa e sala administrativa; 54,5% possuem refeitório e sala de apoio; 45,5% têm quartos com mais de quatro leitos e 36,4% têm sala ecumênica. A vulnerabilidade social foi o critério admissional prevalente (36,4%); a maioria dos idosos foi trazida por familiares (69,2%) e a morte foi a principal causa de saída (100%). A manutenção das ILPI se dá por aposentadoria (extrapolando os 70% regulados), parcerias e doações. Lazer/cultura ocorrem em 72,7%; em 27,3%, há registro de visitas e 9,1% das ILPI possuem atuação junto às famílias. Em 27,3% têm recursos humanos para lazer, limpeza, alimentação, lavanderia e cuidadores; 63,3%, médicos e técnicos de enfermagem; 72,7%, enfermeiros. Em 63,3%, há trabalhadores realizando atividades mistas, pois há falta de terapeutas constatada em 100% das ILPI. São as principais dificuldades dos gestores os recursos financeiros/a dependência de doações (81,8%) e rigor da vigilância sanitária/cumprimento de normas (63,6%). Quanto aos trabalhadores das ILPI, 82,6% eram do sexo feminino, idade média de 41,57(±9,89) anos, casados (47,6%), com filhos (76,7%), católicos (59,3%), 2º grau completo/incompleto (26,7%), área da enfermagem (41,9%), em cursos de atualização (59,3%), tempo de trabalho superior a cinco anos (36%), atuando 8h/dia (33,7%), uma folga/semana (39,5%), exclusivo da ILPI (70,9%), remuneração de 1 e 1/2 salários mínimos (61,6%). A maioria tem experiência prévia com idosos (59,3%) e trabalham em equipe (89,5%). Na qualidade de vida (QV) dos trabalhadores, o melhor domínio foi o físico (74,3±15,14) e o pior, o ambiente (61,23±13,89). Dos idosos, 58,4% eram mulheres, idade média 76,8 anos; 31,1% apresentaram grau de dependência I, 33,9% grau II e 35%, grau III. Com relação aos idosos independentes, com deambulação e cognitivo preservados, constataram-se: predominância masculina (70,2%), idade média de 73,64 (±8,58) anos, sem companheiros (95,7%), com filhos (54,3%), baixa escolaridade (86,2%), profissão rural (36,2%), católicos (81,3%), praticantes da religião (74,5%), com patologias crônicas (69,1%), ansiedade mínima/leve (84%) e sem depressão (62,8%). Principal motivo da institucionalização foi ser sozinho (37,2%). Nos residentes há menos de dois anos (40,4%), a satisfação com a ILPI teve nível “bom” (57,4%), com atendimentos de saúde prestados (61,7%), com relacionamento com trabalhadores (55,4%) e moradores (56,4%). 77,7% recebiam visitas; 95,7% fizeram amizades; 57,4% realizavam mais de três atividades/dia. 74,5% sentiam-se felizes e 55,3% pretendiam sair do local. O domínio com maior pontuação, na QV, foi o social e menor, o ambiente. Os fatores interferentes na QV foram: idade, prática da religião, níveis de ansiedade e depressão, tempo de institucionalização, satisfação com a ILPI e atendimentos de saúde, relação com trabalhadores e residentes, amizades/inimizades, tempo ocupado/ocioso e sentimentos sobre institucionalização (felicidade, arrependimento e desejo de sair). Conclui-se que as ILPI cumprem parcialmente os critérios da Resolução de Diretoria Colegiada nº 283/2005. Os trabalhadores e idosos apresentam QV razoável, sendo que o ambiente deve ser prioridade nas ações de promoção de QV destes.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Serviços de saúde para idosos. Cuidadores. Qualidade de Vida.



## ABSTRACT

### HOMES FOR THE AGED AND LIVING AND HEALTH CONDITIONS OF THEIR WORKERS AND DWELLERS

AUTHOR: Fernanda dos Santos Pascotini

ADVISOR: Elenir Fedosse

This research aimed to analyze the structural conditions/services provided by Homes for the Aged (HA) of the 4<sup>th</sup> Regional Coordination of Health/RS, as well as living/health conditions of their workers and elderly. 11 HA were included in eight cities in the region, 86 of the 318 workers and 94 of the 522 dwellers found. We identified that 100% of the HA have some rooms without a restroom; 72.7% have an external area and administrative room; 54.5% have a cafeteria and a support room; 45.5% have bedrooms with more than four beds and 36.4% have an ecumenical room. Social vulnerability was the prevalent admission criterion (36.4%); most of the elderly were brought by relatives (69.2%), and death was the main cause of withdrawal (100%). The maintenance of HA is by retirement (extrapolating the 70% regulated by the law), partnerships and donations. Leisure/culture occur in 72.7%; in 27.3%, there were records of visits and 9.1% of HA work with families. In 27.3% have human resources for leisure, cleaning, food, laundry and caregivers; 63.3% have physicians and nursing technicians; 72.7% have nurses. In 63.3%, there are workers performing mixed activities, since there is a shortage of therapists found in 100% of the HA. The main difficulties for managers are financial resources/dependence of donations (81.8%) and the rigor of health surveillance/compliance with standards (63.6%). As for the HA workers, 82.6% were female, mean age 41.57 ( $\pm$  9.89) years, married (47.6%), with children (76.7%), Catholics (59.3%), complete/incomplete high school (26.7%), from the Nursing area (41.9%), refresher courses (59.3%), working time greater than five years (36%), working 8 hours a day (33.7%), a day off/week (39.5%), exclusively working at HA (70.9%), 1 and 1/2 minimum wage (61.6%). Most of them have prior experience with the elderly (59.3%) and work as a team (89.5%). Concerning the quality of life (QoL) of the workers, the best domain was physical (74.3  $\pm$  15.14) and the worst was environment (61.23  $\pm$  13.89). Of the elderly, 58.4% were women, mean age 76.8 years; 31.1% presented a degree of dependence I, 33.9% degree II and 35% degree III. Regarding to independent elderly with preserved ambulation and cognition, the prevalence of the elderly was 70.2%, mean age 73.64 ( $\pm$  8.58) years, without partners (95.7%), with children (54.3%), low schooling level (86.2%), rural occupation (36.2%), Catholics (81.3%), practicing a religion (74.5%), with chronic pathologies (69.1%), minimal/mild anxiety (84%) and no depression (62.8%). The main reason for institutionalization was being alone (37.2%). Among the dwellers with less than two years (40.4%), satisfaction with HA was "good" (57.4%), with health care provided (61.7%), with a relationship with workers (55.4%) and dwellers (56.4%). 77.7% received visits; 95.7% made friends; 57.4% performed more than three activities/day. 74.5% felt happy and 55.3% wanted to leave the place. The domain with the highest score in QoL was social and lowest, environment. The factors that interfered with QoL were: age, religion, anxiety and depression levels, institutionalization time, satisfaction with HA and health care, relationships with workers and dwellers, friendships/enmities, busy/idle time, and feelings about institutionalization (happiness, regret and the desire to leave). It is concluded that HA partially complying with the criteria of the *Resolução de Diretoria Colegiada n° 283/2005*. Workers and the elderly have reasonable QoL, and the environment must be a priority in their QoL promoting actions.

**Keywords:** Aging. Homes for the Aged. Health services for the elderly. Caregivers. Quality of life.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
1.1	REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
1.1.1	Envelhecimento populacional e institucionalização .....	15
1.1.2	Considerações relevantes sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos .....	17
1.1.3	Dos recursos humanos necessários em uma ILPI .....	22
1.1.4	Dos idosos residentes em ILPI .....	27
1.2	METODOLOGIA .....	31
1.2.1	Desenho do estudo .....	31
1.2.2	Aspectos éticos .....	31
1.2.3	População e amostra .....	32
1.2.4	Critérios de inclusão e exclusão .....	33
1.2.5	Procedimentos de amostragem e de coleta de dados .....	33
1.2.6	Análise dos dados: estatística e qualitativa .....	36
<b>2</b>	<b>ARTIGO 1 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO RS</b> .....	37
<b>3</b>	<b>ARTIGO 2 – PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO, LABORAL E DE QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS</b> .....	55
<b>4</b>	<b>ARTIGO 3 – INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS</b> .....	75
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	95
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....	107
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	109
	<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS TRABALHADORES DE ILPI</b> .....	111
	<b>APÊNDICE D – ENTREVISTA: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI</b> .....	115
	<b>APÊNDICE E – ENTREVISTA: SATISFAÇÃO GERAL DO IDOSO COM RELAÇÃO À ILPI</b> .....	119
	<b>ANEXO A – RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005</b> .....	123
	<b>ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFSM</b> .....	135
	<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO</b> .....	139
	<b>ANEXO D – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREF</b> .....	147
	<b>ANEXO E – MINI-MENTAL</b> .....	149
	<b>ANEXO F – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK</b> .....	151
	<b>ANEXO G – ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO</b> .....	153



## 1 APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, caracterizado por um crescimento significativo da população idosa em relação às demais faixas etárias. No Brasil, o número de brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos chegou aos 30 milhões em 2017 e estima-se que, em 2031, esta população irá superar o número de crianças e adolescentes entre 0 a 14 anos. (IBGE, 2018).

A idade causa alterações fisiológicas que podem afetar a saúde dos idosos, prejudicando a capacidade física e mental para realizar certas atividades de vida diária. Essas alterações podem levar os idosos a apresentarem dificuldades para cuidarem de si, fazendo-os depender de ajuda e cuidados, especialmente dos familiares (VERAS, 2009), já que a família é a primeira responsável pelo cuidado de seus idosos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2003). No entanto, as mudanças no tamanho e na conformação das famílias, unidas à saída da mulher para o mercado de trabalho, que, culturalmente, assumia o papel dos cuidados com os mais velhos, acarreta o aumento da institucionalização de idosos, objeto de preocupação do poder público e dos profissionais de saúde (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Muitas vezes, a institucionalização é a única opção para o idoso e/ou sua família, resultando em grande transformação do estilo de vida desse sujeito e de seu projeto existencial. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (doravante ILPI) são estabelecimentos de denominações diversas – abrigo, asilo, casa de repouso, clínica geriátrica – e correspondem aos locais físicos, equipados para acolher pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Mesmo havendo um regulamento técnico que define as condições para o funcionamento de uma ILPI (BRASIL, 2005), muitas funcionam sem as condições ideais para o cuidado do idoso (BORGES et al., 2013). Há ILPI que continuam sendo lugares desprovidos de trabalhadores qualificados, havendo falta de profissionais da área médica, da enfermagem e de outras especialidades, como a fisioterapia e a fonoaudiologia. Assim, a maior parte do trabalho é realizada por auxiliares de enfermagem e/ou cuidadores que foram ou ainda são responsáveis, também, pelos serviços gerais (SANTOS et al., 2008) das instituições. Todavia, uma equipe de profissionais qualificada para atender, de forma efetiva, os idosos é fundamental, pois ainda se percebe que a qualificação que deveria ser exigida na admissão ao trabalho em uma ILPI fica debilitada por diversos fatores, tais como a falta de leis que deem suporte a esse trabalhador e o baixo investimento das ILPI nesse processo (SAMPAIO et al., 2011).

Sabe-se que todo profissional está diariamente em contato com a organização do trabalho no seu contexto laboral e que o trabalho pode ser fonte de sofrimento ou pode oferecer vivências de prazer. Por meio do trabalho, as pessoas constroem suas vidas, não se caracterizando somente como meio de sobrevivência, mas também como fonte de realização pessoal e profissional (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Nesse sentido, torna-se importante a implementação de medidas de promoção da saúde dos trabalhadores de ILPI, visando à manutenção de sua qualidade de vida e de uma assistência adequada aos idosos institucionalizados (RODRIGUES et al., 2016).

É importante esclarecer que o envelhecimento causa um declínio gradual da função máxima de todos os sistemas do corpo (COPLEY et al., 2009) e tais modificações, acrescidas as dificuldades do ambiente no qual está inserido e o isolamento social, podem prejudicar as condições de vida dessa população. Portanto, é necessário que profissionais da saúde se dediquem ao estudo da saúde geral e da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, com o propósito de promover saúde – prevenir adoecimento e, conseqüentemente, seus agravos, proteger e recuperar a saúde, considerando as características do processo de envelhecimento.

A partir disso, faz-se necessário o estudo do perfil dos profissionais das ILPI atuais tanto quanto de sua satisfação com o trabalho e sua percepção sobre sua qualidade de vida, associados à análise do perfil dos idosos institucionalizados e de suas condições de vida/saúde. Em outras palavras, convém estudar a institucionalização do ponto de vista dos profissionais e dos idosos, visando apreender seus aspectos aparentes e subjacentes de modo a favorecer o cuidado prestado e recebido, respectivamente. Para tanto, tornam-se fundamentais estudos sobre a estrutura das ILPI, da qualidade de vida dos trabalhadores atuantes e dos idosos residentes, a fim de averiguar a situação desses locais e a qualidade do serviço prestado, na tentativa de estabelecer estratégias para a sua melhoria.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi avaliar as condições de estrutura e prestação dos serviços pelas ILPI existentes na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, bem como as condições de vida e saúde de seus trabalhadores e idosos residentes. Os objetivos específicos deste trabalho foram: i) analisar as condições de prestação de serviços das ILPI, destacando-se a estrutura física e os recursos humanos – assim, os trabalhadores foram caracterizados sociodemograficamente e em termos de qualidade de vida; e ii) caracterizar sociodemograficamente os idosos residentes, bem como suas condições de saúde geral e qualidade de vida.

Este estudo está estruturado em cinco capítulos. O capítulo 1 contém temas fundamentais da pesquisa (Envelhecimento populacional e Institucionalização; Considerações



relevantes sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos; Dos recursos humanos necessários em uma ILPI e Dos idosos residentes em ILPI) e a Metodologia utilizada, os princípios éticos da pesquisa com seres humanos e o delineamento do estudo (tipo, população, local e procedimentos/instrumentos de coleta de dados, bem como os princípios de análise).

Na sequência, tem-se: o capítulo 2, com o primeiro artigo; o capítulo 3, com o segundo artigo e o capítulo 4, com o terceiro artigo, segundo as normas dos periódicos científicos a que serão encaminhados para publicação. No quinto capítulo, encontra-se a conclusão geral da pesquisa.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 Envelhecimento populacional e institucionalização

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, havendo um crescimento significativo da população idosa em relação às demais faixas etárias (LEE; GRAAF; HOPKINS, 2015). Dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) estimam que, em 2050, a população do mundo será de 9,6 bilhões de habitantes, sendo 21% desse total composta por idosos. No Brasil, essa tendência também é observada. O número de brasileiros acima de 60 anos de idade superou os 30 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018), e a tendência é que o envelhecimento da população cresça de tal forma que, em 2031, o número de idosos irá superar o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. No Rio Grande do Sul, a população de idosos irá mais do que duplicar no período de quatro décadas, pois estima-se que, em 2060, a proporção de pessoas com idade acima dos 65 anos saltará dos atuais 12,7% para 29% (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) destacam que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso. O art. 37 do Estatuto do Idoso determina que “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda em instituição pública ou privada” (BRASIL, 2003).

Sabe-se que a existência de família não garante que o idoso será amparado em sua residência, já que nem todas as famílias apresentam condições para assumirem o seu cuidado integral (CAMARANO; BARBOSA, 2016). A decisão pela institucionalização pode gerar

conflitos e angústias para os familiares (VIEIRA, 2003) e também para os idosos, considerando-se o senso legal e comum de que a melhor moradia para pessoas idosas é no seio familiar.

Alguns autores asseveram que as políticas públicas não asseguram apoio para os familiares no sentido de viabilizarem a manutenção da pessoa idosa na família (PERLINI; LEITE; FURINI; 2007). Por outro lado, Giacomini (2015) defende que a legislação é satisfatória, o que falta é a efetivação das políticas. É certo que, preferencialmente, as pessoas idosas devam ficar com suas famílias, mas, para isso, é preciso que os familiares (especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade) recebam suporte no cuidado, a fim de que possam proporcionar uma boa qualidade de vida ao idoso (SILVA et al., 2009).

No âmbito da Saúde Pública, o envelhecimento da população é uma preocupação recente. As mudanças na constituição das famílias (menor número de integrantes), aliadas à saída da mulher para o mercado de trabalho, colocam em destaque a institucionalização de idosos e, assim, ela tem sido objeto de preocupação do poder público e dos profissionais de saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016; LOCATELLI, 2017). Outros motivos, como dificuldade das famílias em acolher os idosos por falta de espaço, de recursos de cuidado/incapacidade de cuidar deles ou de encontrar um cuidador, pobreza, viuvez e, ainda, a percepção do próprio idoso (que pode se achar um entrave para a família) contribuem para o aumento da institucionalização (FONSECA et al., 2011).

Pode-se dizer, portanto, que os principais fatores de risco para a institucionalização são: i) a incapacidade e fragilidade do idoso; ii) a indisponibilidade de cuidado na família; iii) a falta de serviços de apoio social e de saúde; iv) a violência e o abandono; v) o alto custo de manter o idoso no domicílio e vi) maior risco de quedas (FERREIRA et al., 2012). De acordo com a Resolução nº 283 (BRASIL, 2005), o idoso pode ser classificado pelo grau de dependência:

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Sabe-se que o envelhecimento é heterogêneo tanto quanto as razões que levam um idoso a morar em uma ILPI (SCHARFDTEIN, 2006). Neri (2007) trata a velhice como uma fase de ambiguidades. As mudanças ocorridas pelo processo de envelhecimento podem ser classificadas simultaneamente como ganhos e perdas (LOCATELLI, 2017).

No que se refere a perdas, aparecem as dificuldades, a impotência, o desajuste social, a inatividade, a falta de produtividade, dentre outros (HENDY, 2015). Nesses termos, é comum a caracterização do idoso como dependente ou vulnerável no que diz respeito às suas competências para administrar suas atividades de vida diária (PAPALÉO NETTO, 2016). Assim, a velhice está associada a perda das atividades econômicas e produtivas, aumento de comorbidades em função de doenças crônicas e degenerativas, alterações físicas e ausência de papéis sociais, bem como de autonomia (PAPALÉO NETTO, 2016).

Por outro lado, segundo Neri (2006), a possibilidade de transformar a visão do idoso como um ser inativo, doente e estagnado surgiu a partir da Teoria de *Life-Span* (BALTES; BALTES, 1990) que defende que o envelhecimento também pode ser satisfatório, com diminuição de doenças, aumento de atividades e envolvimento do idoso, tanto no plano pessoal quanto social. Baltes e Baltes (1990) e Erikson (1976) entendem o desenvolvimento humano como um processo ininterrupto, dependente da vulnerabilidade e da resiliência de cada pessoa, tornando, pois, o ato de envelhecer extremamente subjetivo. Autores como Debert (1999), Groisman (1999) e Tavares (2015) complementam a ideia de subjetividade no envelhecimento, destacando que a posição que os idosos ocupam e a forma como são tratados na sociedade determinam como são distribuídas e significadas as diferenças de idade, de modo que há variações conforme os contextos históricos, sociais e culturais. Nesse sentido, um envelhecimento saudável não compete somente ao idoso; é de extrema importância o contexto no qual está inserido, ou seja, a qualidade dos recursos disponíveis, tais como educação, saúde, habitação, boas relações familiares e sociais (MOREIRA, 2012).

### **1.1.2 Considerações relevantes sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos**

Há registros de que o Cristianismo foi pioneiro no amparo aos idosos, sendo o primeiro asilo fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que fez da sua casa um hospital para velhos. No Brasil, há registros já no período Colonial, quando o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice com dignidade e descanso. Então, em 1794, no Rio de Janeiro, passou a funcionar a Casa dos Inválidos, não como obra de caridade, mas como reconhecimento aos que trabalharam pela Pátria (ALCÂNTARA, 2004). Também no Rio de Janeiro, em 1890, foi inaugurado o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, o primeiro lugar destinado para idosos, constituindo-se um mundo à parte, visto que o idoso rompia laços familiares e sociais (GROISMAN, 1999). Porém, depois desse marco, foram criados muitos espaços destinados aos idosos e, sem instituições específicas, os idosos acabavam sendo acolhidos em asilos de

mendicidade, juntamente com outros desfavorecidos, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados.

Em meados de 1964, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passou da assistência e institucionalização de mendigos para a gerontológica, devido ao aumento de internações para idosos (BORN, 2002). É possível perceber que, desde o seu surgimento, os asilos tinham a finalidade caritativa, o que perdurou ao longo dos tempos e permanece, de certa forma, ainda no século XXI (ARAÚJO, 2003). Assim, pode-se dizer que a origem das ILPI está ligada aos asilos (a modalidade mais antiga de atendimento fora do convívio familiar), os quais, conforme já dito, eram inicialmente dirigidos à população carente, que necessitava de abrigo. É por isso que muitas das instituições brasileiras se autodenominam de abrigos.

Note-se que o fato de as ILPI terem surgido a partir das instituições voltadas à população carente explica a carência financeira e a falta de moradia como um dos principais motivos identificados atualmente pela busca de uma ILPI, além do porquê de 65,2% das instituições brasileiras serem filantrópicas. A propósito, constata-se que, nas instituições públicas e filantrópicas, o percentual de residentes independentes é superior ao das privadas com fins lucrativos, o que, provavelmente, explica que a busca pelas ILPI públicas ou filantrópicas se deve à carência de renda ou residência (IPEA, 2011).

As atuais ILPI ainda são estabelecimentos de nomes diversos (abrigo, asilo, casa de repouso, clínica geriátrica) e correspondem aos locais físicos, preparados para receber pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato (BORGES et al., 2013). Tem-se a pretensão de que o termo ILPI venha a substituir o antigo “asilo para velhos” (termo carregado de significados negativos associados ao abandono, pobreza e exclusão social). A estruturação e o funcionamento de uma ILPI encontram embasamento em leis e normas brasileiras e podem ser instituição governamental ou não, residências dedicadas a domicílios coletivos de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com a presença ou não da família, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

As ILPI possuem função híbrida, já que, além dos cuidados de saúde (clínico e terapêutico), ofertam moradia, alimentação, vestimenta, ocupações de lazer e cultura, dentre outros. Portanto, entende-se ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias e que necessitam de cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

O termo ILPI procura apresentar uma imagem positiva de acolhimento de pessoas, procurando afastar os significados negativos de outrora. Porém, ainda hoje, a sociedade

brasileira tem preconceito e resistência às ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010) apesar de, em muitos casos, serem a única alternativa que resta aos idosos que perderam independência (BESSA et al., 2012). Comumente, tais instituições são relacionadas a depósito de idosos, ambiente de exclusão, perda de identidade e de domínio da vida, isolamento ou lugar para morrer (CAMARANO; KANSO, 2010), fato certamente relacionado às origens e histórico das mesmas (CAMARANO; KANSO, 2010; BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016). Para Vieira (2003), a ILPI não deveria ser julgada apenas como um lugar que recebe idosos desamparados ou largados pela família, e sim entendida e respeitada como uma escolha na vida de cada pessoa, que pode procurar sua inclusão em um grupo facilitador para a constituição de uma nova identidade.

Outro fato associado ao preconceito com relação às ILPI está no que Goffman (2007) define como instituições totais. Segundo o autor, uma instituição total é um “local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2007, p. 11). A propósito, a restrição do direito de ir e vir do idosos institucionalizado e, portanto, a administração de suas vidas por outra(s) pessoa(s) é fato comumente observado e constatado neste estudo. Além dos fatores já descritos, os preconceitos da sociedade com relação às ILPI também podem estar ligados ao temor da finitude, às denúncias de violência que ocorrem nas instituições, bem como à precariedade e baixa qualidade de serviços prestados em algumas instituições (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

No Brasil, de acordo com último levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2008), existiam 3.548 instituições, que cobriam apenas 28,9% dos municípios brasileiros. Destas, 62,5% eram filantrópicas; 28,2%, privadas; e 6,6%, públicas (predominando as municipais ou mistas). No estado do Rio Grande do Sul, foram encontradas 346 ILPI, distribuídas por 105 municípios, dos 497 existentes, o que corresponde a 21,1% de municípios com ILPI.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), no cap. II, art. 49, prevê que as entidades que se propõem a desenvolver programas de institucionalização de longa permanência devem adotar os seguintes princípios:

- I. Preservação dos vínculos familiares;
- II. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III. Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV. Participação do idoso em atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V. Observância dos direitos e garantias dos idosos;

## VI. Preservação da identidade [...] (BRASIL, 2003).

Note-se que são princípios que respondem ao da dignidade humana (preservação e valorização do ser humano), destacado no art. 1, inciso III, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A dignidade da pessoa humana é, pois, um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (adotado no Brasil) e, esse princípio fundamental significa que todo cidadão brasileiro tem assegurado um mínimo de direitos, que devem ser respeitados pela sociedade e pelo poder público. Sarlet (2001, p. 60) define dignidade humana como:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos.

Portanto, as ILPI devem oferecer instalações e condições adequadas de habitação, fornecer vestuário e, se pública ou filantrópica, prover alimentação adequada, promover atividades variadas de – lazer, esporte, cultural, educacional –, além de proporcionar serviços que atendam as necessidades de saúde dos idosos, e manter um quadro de funcionários com formação específica para o cargo a ser exercido (LENARDT et al., 2006).

O Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (RDC 283 – BRASIL, 2005), assentado em parâmetros preconizados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9050/2004 (ABNT, 2004) – e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2005), normatiza e é aplicado a todas as ILPI, com o objetivo de estabelecer um padrão mínimo de funcionamento. Como se trata de um importante e extenso documento, é imprescindível que seja seguido para a criação, manutenção e/ou adequação das ILPI (ANEXO A). O não cumprimento do que está descrito na RDC nº 283 (BRASIL, 2005) implica infração de ordem sanitária, podendo o infrator ser submetido a processos e penalidades previstas em lei (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015). Ainda assim, muitas instituições funcionam sem as condições ideais de cuidado ao idoso (BORGES et al., 2013). A efetiva aplicação da RDC nº 283 (BRASIL, 2005) que supõe a devida fiscalização é um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as instituições que precisam se adequar à legislação. Nesse sentido, vê-se comumente o atendimento baseado na caridade e no assistencialismo, ainda que visando a uma prestação de serviços voltada aos direitos dos idosos (CARDOSO, 2015).

Algumas investigações científicas vêm sendo realizadas acerca da estrutura, gestão e qualidade do serviço prestado pelas ILPI. Em ILPI do Recife/PE, evidenciou-se que as instituições pesquisadas atendem parcialmente às exigências dos órgãos fiscalizadores, sendo encontradas situações em que a infraestrutura dos ambientes acarretam riscos à saúde dos residentes, por exemplo, espaço pequeno nos dormitórios para circulação dos idosos, excesso de camas e de mobiliários, com pouca possibilidade de locomoção dos dependentes que faziam uso de equipamentos de autoajuda; ausência de luz de vigília e de campainhas nos quartos, bem como falta de piso antiderrapante e de barras de segurança (VIEIRA NETO; CARRÉRA, 2013).

Outro estudo avaliou o nível de acessibilidade de uma ILPI localizada em Salvador/BA e verificou que a estrutura física avaliada não segue totalmente as normas técnicas estabelecidas pela NBR 9050/2004 (ABNT, 2004), apresentando divergências principalmente nos parâmetros dos quartos, banheiros e escadas. Os autores destacam que um bom nível de acessibilidade em ILPI pode ser um fator relevante na melhora do nível de independência dos idosos nas atividades de vida diária e na prevenção do risco de quedas (ALMEIDA et al., 2015).

Resultados e discussões semelhantes aparecem em pesquisa que analisou a estrutura física de uma ILPI em Patos de Minas/MG, concluindo-se que possui muitas limitações em atender às normas vigentes, pois se trata de construção antiga, construída em terreno doado e adaptado para o uso, sem planejamento segundo as normas. Dos 13 itens avaliados, 69,3% não suprem as necessidades dos idosos residentes, prejudicando a independência e a prevenção ao risco de quedas (SOARES; FERREIRA, 2016).

Investigação recente caracterizou quatro ILPI de Salvador/BA quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais por meio de um questionário baseado nas normas da ANVISA, respondido pelos responsáveis técnicos. Evidenciou-se um atendimento parcial à regulamentação vigente tanto nos aspectos físico-estruturais quanto organizacionais, com necessidade de ajustes para o atendimento à legislação vigente (ALVES et al., 2017). Vale ressaltar que ambientes adequados favorecem a saúde física, independência, redução da apatia, alterações comportamentais, queixas relacionadas com a dor, problemas com sono, depressão e ansiedade tanto para o idoso quanto para o trabalhador da instituição (RINCO; BESTETTI, 2015).

Outra importante questão a ser destacada refere-se à modalidade das ILPI. Trata-se da organização das ILPI de acordo com as condições de saúde dos idosos institucionalizados. A Portaria da Secretaria de Estado de Assistência Social nº 2854/2000 – alterada pela portaria SEAS, nº 2874/2000 – (BRASIL, 2000) determina que as ILPI podem oferecer uma ou mais das modalidades assistenciais, sendo elas:

- a) Modalidade I – destinada a idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda (muletas, andador, aparelho auditivo, etc.);
- b) Modalidade II – destinada a idosos com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado, tais como: alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos;
- c) Modalidade III – destinada a idosos com dependência, os quais requeiram assistência total, com cuidados específicos e nas atividades de autocuidado.

Assim, para Born e Boechat (2002), a ILPI é um serviço de assistência de natureza médico-social, socio sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, com caráter social e de saúde.

### **1.1.3 Dos recursos humanos necessários em uma ILPI**

Considerando-se que o envelhecimento é um fenômeno complexo, bem como as demandas de cuidado provenientes das condições de saúde dos idosos, ações interdisciplinares são indispensáveis nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, incluindo as ILPI (TELLES; BORGES, 2010).

Uma ILPI, de acordo com os preceitos legais, deve apresentar recursos humanos com vínculo formal de trabalho ou terceirizado. Os trabalhadores de uma ILPI deverão garantir a realização de atividades de cuidado aos residentes (conforme suas condições de saúde/grau de dependência) e de lazer, sendo indispensável a presença de equipes dos serviços gerais, de limpeza, de alimentação e lavanderia (BRASIL, 2005). As atividades de lazer devem ser realizadas por um profissional com formação de nível superior: a cada 40 idosos, deve-se contar com um profissional dessa natureza, com carga horária de 12 horas por semana. Para serviços de limpeza, exige-se um trabalhador para cada 100m<sup>2</sup> de área interna ou fração por turno, diariamente. Para o serviço de alimentação, necessita-se de um profissional para cada 20 idosos, garantindo-se a cobertura de dois turnos de 8 horas. Para o serviço de lavanderia, necessita-se de um trabalhador para cada 30 idosos ou fração, diariamente (BRASIL, 2005).

Conforme a RDC nº 283, uma ILPI deve ter um responsável técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana. Esse responsável deve ter nível superior e responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. Também há a exigência de outros profissionais de nível superior, como: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, nutricionista, psicólogo,



assistente social, fisioterapeuta e profissional de educação física, além dos cuidadores, sendo que os últimos são considerados pessoas capacitadas para auxiliarem os idosos que apresentam limitações para realizar atividades da vida diária (SILVA; SANTOS, 2010; SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Com referência à equipe multidisciplinar nas ILPI, compreende-se que sua relevância esteja na necessidade de levar aos idosos residentes um cuidado ampliado, atendendo para um conjunto de necessidades, assegurando atenção integral à saúde. A partir disso, concorda-se com Piexak et al. (2012) que um dos maiores desafios da assistência multidisciplinar à pessoa idosa é que as múltiplas áreas do saber devem agir conjuntamente, com enfoque multidimensional. Portanto, a troca de saberes entre os profissionais está na base de uma atenção qualificada (SILVA et al., 2009), concordando-se, ainda, com Salcher, Portella e Scortegagna (2015), que trazem que o engajamento das relações sociais entre a equipe de profissionais, usuários e gestores organiza e conduz os serviços a gerar mudanças e a qualificar o trabalho.

Salcher, Portella e Scortegagna (2015) constataram que a composição das equipes multiprofissionais atuantes em ILPI ainda não é conforme a recomendada. O maior número de trabalhadores com a função direta de cuidado/assistência está ao cargo da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem) e, portanto, há maior quantidade de horas de trabalho desses profissionais. Considera-se, aqui, que tal fato pode ser explicado pela estruturação mínima prevista na RDC nº 283 (BRASIL, 2005). A propósito, em estudo recente, Pascotini e Fedosse (2018) identificaram a percepção de estagiários da área da saúde (enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia) e trabalhadores de ILPI sobre a institucionalização, e uma das questões evidenciadas foi a ausência de certas especialidades na instituição (por exemplo, a fonoaudiologia, terapia ocupacional, educação física, dentre outras), além do despreparo de alguns profissionais.

As situações evidentes nos estudos acerca da composição das equipes de ILPI vão contra a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528 (BRASIL, 2006), que determina que a prática do cuidado aos idosos requerem um tratamento integral, interdisciplinar e multidimensional (FERNANDES; ANDRADE; NÓBREGA, 2010; PASCOTINI, FEDOSSE, 2018). Nesses termos, a atenção prestada a idosos institucionalizados deveria contar com maior número de especialidades para garantir o cuidado integral à saúde do idoso, certamente que respeitando as especificidades de cada área de atuação, conforme destacado a seguir.

Para os cuidados rotineiros junto aos idosos, a RDC n° 283 (BRASIL, 2015) recomenda que o número de cuidadores deve variar de acordo com o grau de dependência dos idosos, a saber:

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Segundo Born (2006), a prática laboral de um cuidador de idosos exige certas habilidades, por exemplo, habilidades técnicas, que implicam conhecimentos teóricos e práticos que visam à atenção e aos cuidados ao idoso, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Ainda, espera-se que um cuidador tenha qualidades como: i) as éticas e morais – atributos que propiciam relações de confiança, dignidade e respeito, com responsabilidades e iniciativa; ii) as emocionais – domínio e equilíbrio emocional, facilidade de se relacionar, entendimento dos momentos difíceis vividos pelo idoso e tolerância perante as frustrações; e iii) as físicas e intelectuais – saúde física (força e energia) para os momentos em que se necessite carregar o idoso ou lhe dar apoio para as atividades de vida diária, além de facilitar suas ações e tomada de decisões.

Com relação à formação do cuidador, não existem normas para a sua qualificação e são raras as ações existentes que dão o necessário suporte a este trabalhador. Tampouco existe regulamentação específica com relação aos requisitos necessários para sua contratação e sua atuação nas ILPI (BORN, 2006). As instituições, muitas vezes, empregam os cuidadores com ou sem qualificação para o cargo, já que as leis ainda não esclarecem a qualificação exigida (SAMPAIO et al., 2011). Segundo Santos et al. (2008), em muitas ILPI, a maior parte do trabalho junto aos idosos é realizada por técnicos em enfermagem e/ou cuidadores que foram, ou ainda são, responsáveis também pelos serviços gerais. Assim, além do número adequado de profissionais para a assistência ao idoso institucionalizado, deve-se considerar a importância de que os trabalhadores estejam habilitados para ofertá-la com qualidade e eficiência (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015). Nesse sentido, convém dizer que não basta dedicação à ocupação e conhecimentos das necessidades básicas adquiridas, mas sim conhecimentos diferenciados e mais aprofundados sobre a temática do envelhecimento.

Estudo relativamente recente, investigou a formação profissional dos cuidadores de uma ILPI, de Natal/RN. Foi identificado que a maioria possuía baixa condição socioeconômica e não apresentava curso específico para o cargo de cuidador. Entre os que realizaram curso de

formação, grande parte destacou que os conteúdos ministrados durante a formação deram segurança para o cuidado, mas também ficou evidente a percepção dos cuidadores de que o curto tempo do curso e a falta de aulas práticas foram insuficientes, ou seja, os cuidadores capacitados por meio de um curso destacaram a necessidade de mais capacitação (SILVA et al., 2015).

Os autores do estudo concluíram que existem fragilidades na formação do cuidador, especialmente, pela ausência de um currículo básico e pela baixa escolaridade requerida ao exercício da função de cuidador. Vale lembrar que, segundo a RDC nº 283 (BRASIL, 2005), toda ILPI deve realizar educação permanente na área de gerontologia, a fim de aperfeiçoar tecnicamente os recursos humanos responsáveis pela prestação de serviços aos idosos.

Acredita-se que os trabalhadores que atendem idosos nas ILPI, no que diz respeito ao cuidado em saúde, devem ser pessoas capazes de saber-fazer o cuidado específico e ter a capacidade de compreender, responder e se relacionar, pois o diálogo e a compreensão são os problemas que mais acarretam dificuldades no processo de cuidado do idoso institucionalizado. Portanto, um ponto fundamental que se pode destacar sobre o cuidado com a população idosa é com relação aos significados do cuidado que o idoso traz consigo, assim, o profissional deve entender que o idoso é o orientador essencial do cuidado prestado por ele (LENARDT et al., 2006).

Segundo Lenardt et al. (2006), à medida que o profissional se envolve no universo dos idosos e busca informações sobre os modos como se cuidavam, o cuidar se torna mais eficiente e eficaz. Os cuidados profissionais não podem sobrepor e nem impor integralmente as regras sobre as maneiras com que os idosos conduziam a suas vidas, devendo proporcionar autonomia de modo que estes tenham melhor qualidade de vida.

Note-se que são muitas as exigências do trabalho em ILPI e, por isso, o cuidado aos trabalhadores de ILPI também merece destaque, visto que estão diariamente em contato com a organização de seu trabalho no seu contexto laboral. Quando essa organização não leva em conta as necessidades e as expectativas do trabalhador, bloqueando as suas possibilidades de adaptação, pode surgir sofrimento e insatisfação profissional, na sua vida pessoal e em sua saúde (MARIANO et al., 2015). Apesar de, por vezes, o trabalho ser fonte de sofrimento, por outras, ele pode oferecer vivências de prazer, de modo que por ele o trabalhador constrói sua inserção no mundo laboral, retirando dele sua fonte de sobrevivência, mas também realização pessoal e profissional (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Segundo a Teoria Psicodinâmica do Trabalho, a prática laboral não pode ser considerada neutra; ela faz parte da

vida das pessoas e, assim, pode ser fonte de prazer e de desprazer/sofrimento (LANCMAN; SZNELWAR, 2011; MARIANO; CARREIRA, 2016).

Pesquisadores entrevistaram 27 cuidadores de seis ILPI localizadas em uma cidade no Noroeste do Paraná, identificando as situações geradoras de prazer e de sofrimento no cuidado aos idosos. Com relação às situações geradoras de prazer, os cuidadores destacaram o reconhecimento destes por parte dos idosos, a contribuição na melhora clínica e na criação de vínculo entre eles. Quanto às situações que geram sofrimento, os cuidadores destacaram os comportamentos resistentes às normas e rotinas por parte dos idosos, o declínio funcional destes, o que acarreta óbito e ainda o distanciamento e o desinteresse familiar pelo idoso (MARIANO; CARREIRA, 2016).

Uma pesquisa que objetivou conhecer a organização do trabalho da enfermagem em ILPI e a sua relação com o prazer e sofrimento laboral, concluiu que, nesse ambiente, o sofrimento decorre do esforço físico, da rotina acelerada e repetitiva, da escassez de recursos humanos, do acúmulo de responsabilidades e da ausência de serviço médico presencial na instituição. Já o prazer foi referido à divisão do trabalho entre os trabalhadores, a boa convivência entre a equipe, a liberdade para modificar a organização do trabalho e a criação de vínculos com os idosos (MARIANO et al., 2015).

Outro estudo, realizado em uma ILPI do estado do Paraná, identificou, além de outros resultados, que o nível de satisfação de profissionais acerca das atividades que exerciam estava ligado à afinidade com o trabalho/a equipe e à satisfação com o salário (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013). Por outro lado, os resultados de uma investigação que se propôs a avaliar o nível de estresse e a qualidade de vida dos técnicos e auxiliares de enfermagem de uma ILPI do estado do Paraná, apontou situações de má remuneração salarial, associadas a longas jornadas de trabalho. Tais resultados foram obtidos por meio de correlações entre qualidade de vida e estresse com as variáveis renda, sono, idade e escolaridade da amostra estudada. Os autores concluíram que as situações referidas podem ter influência direta na qualidade do sono e de estresse. Ainda, afirmaram que se torna importante a implementação de medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde dos trabalhadores, visando à manutenção da qualidade de vida e de uma assistência adequada aos idosos que vivem em ILPI (RODRIGUES et al., 2016).

#### 1.1.4 Dos idosos residentes em ILPI

Sabe-se que o envelhecimento leva a modificações na anatomia e fisiologia do organismo, as quais, por si só, já implicam alterações na funcionalidade dos sistemas (OLIVEIRA; DELGADO; BRESCOVICI, 2014), o que, por sua vez, podem favorecer o aparecimento de doenças degenerativas e, conseqüentemente, a redução ou a perda da autonomia e da independência do idoso (CAMARANO, 2008).

É comum que a sociedade, em geral, caracterize preconceituosamente a velhice, destacando apenas seus aspectos negativos (VERAS et al., 2015). No entanto, já na década de 80 do século XX, Baltes (1987) alertava que era preciso conceber o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, podendo ser caracterizado em três tipos: i) normal, que diz respeito às modificações típicas e inevitáveis dessa fase da vida; ii) patológico, quando ocorrem doenças e perdas de funcionalidade; e iii) ótimo ou saudável, característico de boa qualidade de vida, boa função física e mental, pouco risco de patologias e incapacidades, bem como engajamento ativo com a vida. Mesmo havendo a distinção desses três tipos, é fundamental dizer que não se deve decifrar a tipologia de forma rigorosa, já que esses estados podem se sobrepor em alguns momentos da vida (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

É fato que as conseqüências do envelhecimento dependem da história de vida pessoal – das relações afetivas, das convivências sociais, dos valores pessoais e também do estilo de vida escolhido por cada pessoa (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Portanto, envelhecer, com saúde ou não vai depender do equilíbrio entre os potenciais e as dificuldades de cada ser para o enfrentamento das perdas que acontecem durante o processo de envelhecimento (VERAS et al., 2015).

Nesse sentido, as ILPI atendem ao idoso desprovido de apoio e recursos financeiros (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005) quando a família, tida como a principal responsável pelo cuidado do idoso (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2003), não possui condições de fazê-lo. Tais instituições oferecem cuidado e assistência à saúde dos idosos mais necessitados, porém, evidencia-se o afastamento da convivência com a sociedade, o que pode limitar suas chances de convivência e de aprendizagem (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006), favorecendo o isolamento e a inatividade física e mental, com conseqüências negativas à sua qualidade de vida (MARIN et al., 2012). Todavia, diversas vezes, a ILPI é a única alternativa para manter o idoso perante situações de dificuldades socioeconômicas, afetivas e familiares vivenciadas na velhice (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Sabe-se que cada idoso, a partir de sua trajetória de vida, situações vividas no passado e também as construídas na ILPI, elabora significados diferentes sobre o viver institucionalizado. Morar em uma ILPI pode resultar em sentimentos de insatisfação e de perda da identidade ou de gratidão pelos cuidados recebidos, como alimentação e medicações (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Pode-se dizer, portanto, que fatores de ordem emocional e psicológica (como a solidão, causada pelo isolamento social e a ausência de convívio familiar) podem acelerar as alterações ocorridas pelo avanço da idade (OLIVEIRA; DELGADO; BRESCOVICI, 2014), aumentando o risco de complicações da saúde em geral. Muitas vezes, nas ILPI, os idosos se tornam indivíduos violados em sua individualidade, sem domínio da própria vida, sem direito a seus objetos sociais e à privacidade, com relacionamento difícil ou inexistente com funcionários e o mundo exterior (GOFFMAN, 2007). Muitos estudos revelam que o contexto institucional gera, no idoso, perdas em muitos aspectos de sua vida, elevando a vulnerabilidade a quadros depressivos, que podem resultar em desordens psiquiátricas, perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes (CARREIRA et al., 2011). Estima-se que por volta de 15% dos idosos apresentam algum sinal de depressão (SIQUEIRA et al., 2009). As estatísticas apontam para uma taxa de depressão de 10 a 70% maior quando comparada às pessoas idosas que vivem na comunidade (GONÇALVES et al., 2010; NEU et al., 2011).

Estudo com objetivo de identificar o perfil dos idosos residentes em uma ILPI de uma cidade do Sul do RS, bem como a percepção dessas pessoas acerca da instituição, dos demais residentes e dos trabalhadores, concluiu que os idosos não percebem a ILPI como seu novo lar, considerando-a como um local de residência que cuida de pessoas doentes. Além disso, identificou que os idosos consideram os outros moradores e trabalhadores como conhecidos e, em poucos casos, como amigos (SILVA et al., 2009).

Estudo com objetivo de avaliar a qualidade de vida e depressão de 19 idosas institucionalizadas em duas cidades do estado de Pernambuco, averiguou que 78,9% delas apresentaram características de depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. Também foi observada alta prevalência dos sintomas e sua relação com os baixos escores de qualidade de vida, ressaltando a necessidade de intervenções voltadas para o contexto das ILPI e de ações direcionadas para a prevenção e a promoção da saúde (HARTMANN JUNIOR et al., 2012). Tais autores consideraram que, possivelmente, é por isso que a maioria das instituições contam com serviço médico especializado nessa patologia.

Pesquisa recente avaliou a qualidade de vida de idosos residentes em duas ILPI do Centro-Oeste brasileiro, por meio dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. A

conclusão foi de um maior escore de qualidade de vida para o domínio social e a faceta funcionamento sensorial. Já os menores escores foram de domínio ambiental e a faceta autonomia (PEREIRA et al., 2016).

Hartmann Júnior e Gomes (2016) buscaram definir o percentual de depressão, variáveis psicossociais e qualidade de vida 96 idosos institucionalizados, com 65 anos ou mais, em nove ILPI do estado de Pernambuco/PE. Os resultados apresentados mostraram que a depressão ocorreu em 63,5% dos idosos na Escala de Depressão Geriátrica e em 59,4%, no Mini Mental; a perda cognitiva esteve presente no miniexame do estado mental de 65,6% dos idosos; 72,9% falharam no teste do desenho do relógio. Foi constatado, no referido estudo, que a depressão e a perda cognitiva estavam associadas ao iletrismo (baixo nível de letramento), pouca ou nenhuma frequência de visitas familiares, permanência na instituição e não submissão a exames de rotina. A baixa complexidade do trabalho realizado pelo idosos durante a vida associou-se exclusivamente à depressão.

Güths et al. (2017) descreveram as características sociodemográficas, familiares, situação de saúde, depressão e grau de capacidade funcional de 60 idosos sem déficit cognitivo, residentes em 11 ILPI do Litoral Norte do RS. Encontraram predominância do sexo feminino, viuvez e solteirice, com baixa escolaridade e situação financeira precária; ademais, a maioria dos idosos pesquisados não tinha filhos. As queixas apresentadas pelos idosos foram: dificuldade para deambular (38,3%), dor generalizada (16,7%) e problemas de visão (13,3%). A maioria (95%) relatou ter de duas a três doenças crônicas e fazer uso diário de três ou mais medicamentos. Mesmo que 55% dos idosos pesquisados relataram sintomas depressivos e morbidades, a maioria apresentou-se independente na realização das atividades de vida diária, como deambular sem auxílio, por exemplo (60,1%), e metade da amostra classificou sua saúde como boa.

Sintomas depressivos estiveram presentes em quase metade da amostra de idosos institucionalizados em 10 ILPI do município de Natal/RN, estando associados com o comprometimento funcional e hipertensão arterial (JEREZ-ROIG et al., 2016). Diversos outros estudos, brasileiros e internacionais, também verificaram que a depressão é frequente em idosos institucionalizados (SARIN et al., 2016; AZEEM; NAZ, 2015; AMBROSI et al., 2018; FLUETTI et al., 2018; ELIAS, 2018). Os resultados encontrados por Trindade et al. (2013), em 31 idosos não institucionalizados e 22 institucionalizados, sugeriram influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária.

Outra questão importante de ser ressaltada é o natural rebaixamento da capacidade funcional provocado pelo envelhecimento e que se agrava com o sedentarismo, podendo

resultar em idosos dependentes de cuidados de outras pessoas. Tal situação prevalece entre os idosos institucionalizados, tornando-os passíveis de várias consequências decorrentes da inatividade (GONÇALVES et al., 2010). A inexistência de atividades físicas e laborais, a presença de patologias e as limitações advindas do envelhecimento podem fragilizar ainda mais as condições de saúde do idosos institucionalizado (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2002).

Segundo Jesus et al. (2010), é grande a possibilidade de uma ILPI favorecer um ambiente propício à imobilidade. Parte disso ocorre porque algumas ILPI apresentam falta de recursos físicos, financeiros, terapêuticos e humanos adequados ao atendimento das demandas de seus residentes. A inexistência de equipe multidisciplinar ampliada nas instituições, geralmente compostas por poucos profissionais, é considerada fator agravante da progressão da dependência dos idosos, pois estes não recebem a atenção necessária para estimular as atividades de vida diária.

Muitas vezes, as instituições possuem espaço menor do que os idosos estavam acostumados, além de terem de conviver com distintas pessoas, com regras e horários rígidos. Tais condições não retiram das ILPI a responsabilidade de oferecer um espaço de construção de novas relações entre os idosos, embora devam manter normas para manutenção do convívio social. Considera-se que a interação entre idosos possibilita a ocorrência de mudanças do grupo e pode amenizar os efeitos negativos do envelhecimento, resultando na construção de uma identidade grupal relacionada à velhice e aos mecanismos de apoio (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

Investigação comparando idosos de uma comunidade e idosos de uma ILPI de um município de grande porte do RS detectou que os idosos que residiam na comunidade apresentaram melhor mobilidade funcional do que os institucionalizados e, portanto, realizaram atividades com maior rapidez e com menor risco de quedas (SOUZA et al., 2013). Há também o estudo de Fleig e Oliveira (2017), em Cachoeira do Sul/RS, que identificou predomínio de idosos com independência completa na ILPI privada por eles pesquisada.

Convém referir que uma revisão integrativa sobre a produção científica acerca de idosos institucionalizados identificou que os fatores relacionados à capacidade funcional destes são mais estudados. Tal revisão foi realizada por meio de artigos indexados nas bases de dados eletrônicas LILACS e SciELO, no período entre 2010 e 2014. Foram selecionados 11 artigos, que relataram baixo desempenho cognitivo, baixa aptidão funcional, alta incidência de quedas, dependência nas atividades de vida diária e aumento de peso (BARROS et al., 2016).



Pode-se, portanto, concluir que os estudos comumente realizados sobre idosos institucionalizados tendem a abordar e caracterizar as condições de vida e saúde dos idosos, além dos que destacam os motivos da institucionalização. Constataram-se, ainda, estudos voltados às condições do trabalho nas ILPI. Porém, estudos dedicados à gestão das ILPI ainda são escassos. A propósito, estudo como este, voltado simultaneamente à caracterização dos idosos e respectivas condições de saúde, bem como a caracterização dos trabalhadores e dos gestores não foram encontrados na literatura nacional ou internacional. Nesse sentido, o ineditismo deste estudo está em buscar retratar a realidade da institucionalização em municípios interioranos do Rio Grande do Sul, partindo-se da hipótese de que existem semelhanças no que se referem às dificuldades de implantação ou implementação das normas que regulam a estruturação e o funcionamento das ILPI brasileiras.

## 1.2 METODOLOGIA

### 1.2.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se por ser censitária, de observação transversal analítica, de cunho quantitativo.

### 1.2.2 Aspectos éticos

Como toda pesquisa com seres humanos, esta foi registrada e aprovada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, bem como no Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Origem (CEP – UFSM), conforme indicado no Anexo B. Foi realizada entre os meses de abril de 2017 a novembro de 2018, tendo sido iniciada somente após sua aprovação em ambas as instâncias.

O primeiro passo foi a realização do levantamento de todas as ILPI públicas e filantrópicas da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, chegando-se ao número de 13 ILPI. Em seguida, as ILPI foram consultadas, via telefonema, recebendo esclarecimentos necessários sobre o estudo e, após concordância em participar da pesquisa, o responsável institucional foi convidado a ler e assinar o Termo de Autorização Institucional – TAI – (APÊNDICE A).

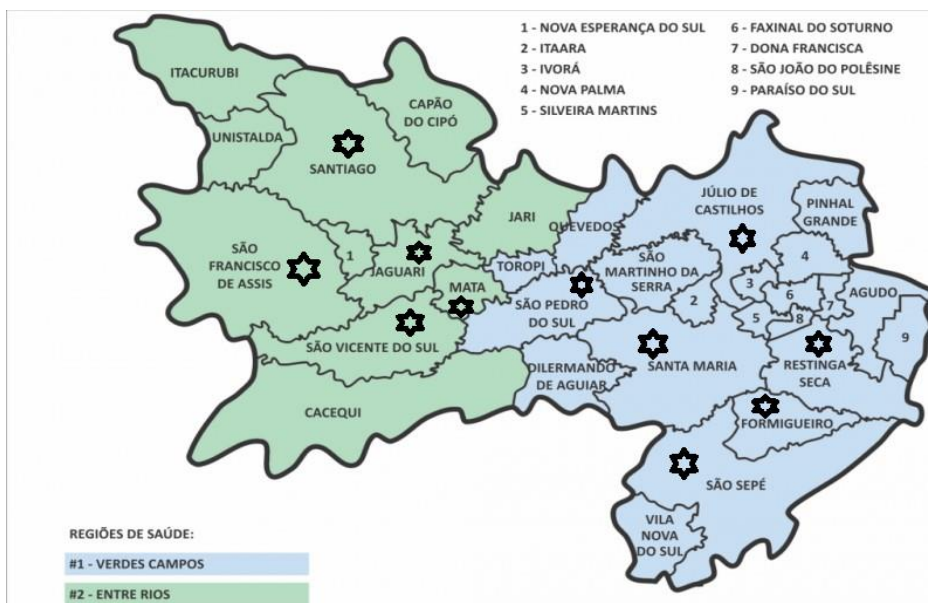
Como esta pesquisa está de acordo com as normas da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012), os trabalhadores e os idosos residentes foram

convidados a lerem e a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (APÊNDICE B) e, somente após seus consentimentos é que foram iniciadas as coletas de dados. Convém dizer que os participantes desta pesquisa não receberam qualquer tipo de remuneração e também não tiveram gastos. Os dados relacionados à identidade dos participantes foram e serão mantidos em privacidade e confidencialidade pelos pesquisadores, em armário chaveado, localizado na Sala 10, do Prédio de Apoio da UFSM.

### 1.1.3 População e amostra

A população-alvo desta pesquisa correspondeu a presidentes/responsáveis, trabalhadores de todos os setores e idosos residentes na ILPI filantrópicas da 4ª região do Rio Grande do Sul (4ª CRS/RS). Foram encontradas 13 ILPI sem fins lucrativos nesta região, sendo três localizadas no município de maior densidade demográfica e uma em cada um dos outros 10 outros. No mapa (Figura 1), encontram-se marcados, através do desenho de uma “estrela”, todos os municípios que possuem ILPI sem fins lucrativos. Ressalta-se que apenas uma ILPI não concordou em participar deste estudo e outra foi impedida pelo fato de estar sob ordem judicial, totalizando, portanto, 11 ILPI participantes.

Figura 1 – Municípios da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul e a distribuição das ILPI sem fins lucrativos



Fonte: Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, s.d.), adaptado pela pesquisadora. Legenda: os municípios com “estrela” possuem Instituições de Longa Permanência para Idosos sem fins lucrativos.

#### **1.2.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Com relação às ILPI, foram incluídas, nesta pesquisa, as localizadas na 4ª CRS/RS, cujos diretores/responsáveis administrativos aceitaram participar. Com relação aos trabalhadores, foram incluídos todos os admitidos há mais de dois meses (passaram do período de experiência), que aceitaram participar e que estavam presentes nos dias e turnos das coletas. Foram excluídos aqueles sem vínculo legal com a instituição (estagiários e voluntários, por exemplo).

Com relação aos idosos residentes nas ILPI, os critérios de inclusão foram: idosos (com idade igual ou superior a 60 anos) dos sexos masculino ou feminino, independentes ou dependentes em até três atividades de vida diária, com deambulação preservada (referido pela equipe de saúde), sem déficit cognitivo e que aceitaram participar da pesquisa.

#### **1.2.5 Procedimentos de amostragem e de coleta de dados**

##### **PARTE 1: Presidentes/Responsáveis das ILPI**

Conforme mencionado, as ILPI foram contatadas via telefone pela pesquisadora, que conversou com o presidente/responsável da instituição, informando brevemente sobre a pesquisa e marcando data para visita da pesquisadora para coleta de dados. A coleta foi iniciada no mês de abril de 2017 e finalizada em novembro de 2018. Após aceitar participar da pesquisa, o presidente de cada uma das 11 ILPI recebeu um questionário (IPEA, 2008) com perguntas sobre a gestão, a estrutura e o funcionamento da instituição (ANEXO C). Tal questionário foi respondido pelos presidentes/responsáveis sem a interferência da pesquisadora. Ressalta-se que o questionário permitiu conhecer as características estruturais, tais como área construída, ano de fundação, número de leitos e de leitos por quarto, natureza jurídica, regime de funcionamento, parcerias, serviços oferecidos, recursos humanos disponíveis, estrutura de custos e financiamento, rede de parcerias, bem como levantar dados sobre algumas características dos residentes, como sexo, faixa etária e grau de dependência.

##### **PARTE 2: Trabalhadores das ILPI**

Os trabalhadores das ILPI foram convidados a participar no momento da visita da pesquisadora; foram esclarecidos e assinaram o TCLE (APÊNDICE B), totalizando 86 participantes. Responderam a dois questionários: o primeiro, elaborado especificamente para este estudo, abordou as características sociais, econômicas, culturais, profissionais, satisfação

geral com o trabalho, dentre outras (APÊNDICE C). O segundo questionário foi a versão brasileira do World Health Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-Bref) (ANEXO D). Essa versão foi traduzida e validada segundo a proposta da Organização Mundial da Saúde para avaliar a qualidade de vida no adulto; trata-se da versão reduzida do World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100) e é composta 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. O WHOQOL-Bref aborda quatro domínios da qualidade de vida: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além desses quatro domínios, há um domínio que analisa a qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, considerando as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 (FLECK et al., 2000).

Para melhor compreensão dos resultados, os trabalhadores foram categorizados de acordo com sua área: misto (cuidador e serviços gerais), administrativos (responsáveis técnicos, secretaria, assistência social), serviços gerais (limpeza, lavanderia, alimentação), equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos em enfermagem e cuidadores) e de equipe terapêutica (fisioterapeutas, nutricionistas, educador físico, farmacêutico, terapeuta ocupacional).

### PARTE 3: Idosos residentes nas ILPI

Primeiramente, a coleta de dados dos idosos foi realizada nos prontuários, com a presença do diretor/responsável, contando com os seguintes itens: nome, idade, sexo, naturalidade, estado civil e grau de dependência. A partir desses dados, os idosos incluídos foram visitados pela pesquisadora e receberam informações sobre a pesquisa, assim como foram convidados a ler e assinar o TCLE (APÊNDICE B), totalizando 94 participantes.

Os idosos que aceitaram participar do estudo realizaram o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM – (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) (ANEXO E), teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico e por fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos. O MEEM contém questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas, como: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade

construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de zero ponto (indicativo de maior grau de comprometimento cognitivo) a 30 pontos, que, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Foram utilizados, nesta pesquisa, os seguintes pontos de corte, de acordo com o nível de escolaridade: 19 pontos para analfabetos; 23 pontos para idosos com um a três anos de estudo; 24 pontos para idosos com quatro a sete anos de estudo; e 28 pontos para aqueles com mais de sete anos de estudo (BRASIL, 2007). Os idosos que demonstraram cognição preservada no MEEM realizaram uma entrevista, abordando dados gerais sociodemográficos, dados relativos à sua saúde (história ou evidência de patologias, cirurgias realizadas, hábito de tabagismo, medicamentos utilizados, dentre outros) e à institucionalização (quem o trouxe para a ILPI, motivos, tempo de institucionalização, etc.) (APÊNDICE D), além da satisfação com a ILPI (APÊNDICE E), visando à complementação dos dados recolhidos nos prontuários. O momento da entrevista também contou com as seguintes avaliações: qualidade de vida, nível de ansiedade, depressão, satisfação com o local onde reside e motivos que os levaram a morar em uma ILPI. A qualidade de vida foi averiguada pela versão brasileira do questionário WHOQOL-Bref (FLECK et al., 2000) (ANEXO D), já esclarecido anteriormente. A ansiedade foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (ANEXO F), traduzido e validado no Brasil (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001).

O BAI consiste em 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. É perguntado o quanto a pessoa se incomoda com cada um dos sintomas durante a semana que passou dentro de uma escala de 1 a 4, sendo que 1 indicada – absolutamente não; 2 – levemente: não incomodou muito; 3 – moderadamente: foi desagradável, mas deu para suportar; 4 – gravemente: difícil de suportar. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e pode variar entre 0 e 63, sendo possível a classificação em níveis de intensidade, de modo que uma maior pontuação corresponde a um grau mais elevado de ansiedade. As indicações para interpretar a ansiedade autoinformada, de acordo com a adaptação brasileira, são os seguintes pontos de corte: 0 a 10 (ansiedade mínima), 11 a 19 (ansiedade leve), 20 a 30 (ansiedade moderada) e 31 a 63 (ansiedade grave) (PAWLINA et al., 2014).

A depressão foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) reduzida (ANEXO G), versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Pode ser autoaplicativo, porém, devido às dificuldades ocasionadas pelo envelhecimento, os idosos foram auxiliados pela pesquisadora, que leu e preencheu o instrumento com as respostas dadas.

A GDS-15 é composta por quinze perguntas, cada qual com duas alternativas (sim e não), com valores atribuídos de 0 a 1 e o escore dado pela somatória do total de alternativas. Considera-se o escore 0-5 para quadro psicológico normal; 6-10 para quadro de depressão leve; e 11-15 para quadro de depressão severa (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

A satisfação do idoso com relação à ILPI e os motivos que os levaram a residir nela foram identificados por meio de um questionário, elaborado especialmente para fins deste estudo, composto pelas seguintes questões: estrutura da ILPI, rotinas, relação com os profissionais e demais moradores, acesso à saúde, lazer, aspectos positivos e negativos da moradia e pretensões futuras (APÊNDICE G).

### **1.2.6 Análise dos dados:**

Os dados foram processados no Microsoft Office Excel e analisados no software SPSS (Statistical Package For Social Sciences), versão 15.0. Inicialmente, foi realizada análise descritiva das variáveis para definir o perfil das ILPI, dos trabalhadores e residentes. Para a descrição das variáveis, foram empregados os procedimentos descritivos de frequência absoluta e frequência relativa (percentual) para as variáveis categóricas e as medidas de tendência central média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Para se verificar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para avaliar as relações entre variáveis numéricas, utilizou-se o teste de comparação *t de Student* para duas amostras independentes com dados normais e o teste *U de Mann-Whitney* para os dados não normais. Nas relações com mais de duas amostras, foi utilizada a Anova para os dados com distribuição normal e o teste de *Kruskal-Wallis* para os dados sem distribuição normal. As relações entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. Ainda, utilizou-se a correlação de *Spearman* para verificar a relação entre os domínios de QV, visto que os dados não demonstraram normalidade.

## **2 ARTIGO 1 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: ESTUDO DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

### **HOMES FOR THE AGED: A STUDY OF A REGIONAL HEALTH SYSTEM IN RS**

### **INSTITUCIONES DE LARGA PERMANENCIA PARA ANCIANOS: ESTUDIO DE UNA REGIONAL DE SALUD DEL RS ILPI: ESTUDIO DE UNA REGIONAL DE SAÚDE DO RS**

#### **Resumo**

Objetivou-se conhecer Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) filantrópicas da Y região de saúde do Rio Grande do Sul (seus recursos e população), verificando-se o cumprimento dos critérios da Resolução da Diretoria Colegiada nº 2832005. Participaram 11 ILPI, 318 trabalhadores e 522 idosos. Usou-se um questionário para coletar as características da ILPI. Resultados: 100% possuem alguns quartos sem banheiro; 72,7% têm área externa e sala administrativa; 54,5% têm refeitório e sala de apoio; 36,4% têm sala ecumênica e 45,5%, quartos com mais de quatro leitos. O critério de admissão prevalente foi vulnerabilidade social (36,4%). A maioria dos idosos foi trazida por familiares (69,2%) e a morte, a principal causa de saída (100%). 58,4% dos idosos são mulheres; idade média 76,8 anos; 31,1% apresentaram grau de dependência I; 33,9% grau II e 35%, grau III. A manutenção das ILPI é por aposentadoria e extrapolam os 70% regulados, além de parcerias e doações. Lazer/cultura ocorrem em 72,7%; em 27,3% há registro de visitas e 9,1% das ILPI atuam junto às famílias. Em 27,3% têm recursos humanos para lazer, limpeza, alimentação e lavanderia; 63,3% têm médicos e técnicos de enfermagem; 72,7%, enfermeiros; 27,3%, cuidadores. Em 63,3%, trabalhadores realizam atividades mistas. Há falta de terapeutas; em 45,5% há fisioterapeuta; em 36,4%, psicólogo; em 9,1%, terapeuta ocupacional; não há fonoaudiólogo. As principais dificuldades são: recursos financeiros/dependência de doações (81,8%) e rigor da vigilância sanitária/cumprimento de normas (63,6%). As ILPI atendem em capacidade máxima e cumprem parcialmente aos critérios da Resolução, prejudicando a oferta de atendimento digno aos residentes.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Estrutura dos serviços; Serviços de Saúde para idosos.

#### **Abstract**

The objective of this study was to identify philanthropic homes for the aged (HA) of the Y health region of Rio Grande do Sul (their resources and population), by verifying the fulfillment of the criteria of the *Resolução da Diretoria Colegiada nº 2832005*. 11 HA participated in the study, with 318 workers and 522 elderly. A questionnaire was used to collect the characteristics of the HA. Results: 100% have some rooms without restroom; 72.7% have an external area and administrative room; 54.5% have a cafeteria and a support room; 36.4% have an ecumenical room and 45.5% have rooms with more than four beds. The prevalent admission criteria was social vulnerability (36.4%). Most of the elderly was brought by relatives (69.2%), and death was the main cause of withdrawal (100%). 58.4% of the elderly are women; mean age 76.8 years; 31.1% presented a degree of dependence I; 33.9% degree II and 35% degree III. The maintenance of HA is by retirement and it extrapolates the 70% regulated ones, in addition to partnerships and donations. Leisure/culture occur in 72.7% of the institutions; in 27.3% there are records of visits and 9.1% of the HA work with families. In 27.3% have human resources for leisure, cleaning, food and laundry; 63.3% have physicians and nursing technicians; 72.7%

have nurses; 27.3%, caregivers. In 63.3%, workers perform mixed activities. Therapists are lacking: in 45.5% there are physiotherapists; in 36.4%, psychologists; in 9.1%, occupational therapist; there is no phonoaudiologist. The main difficulties are: financial resources/dependence on donations (81.8%) and the rigor health surveillance/compliance with standards (63.6%). HA serve in full capacity and partially meet the criteria of the Resolution, hampering the provision of decent care to dwellers.

**Keywords:** Aging; Homes for the Aged; Service structure; Health services for the elderly.

## **Introdução**

O envelhecimento populacional é um processo de modificações que ocorre para todos os indivíduos, apresentando-se como um grande desafio, especialmente, para os países em desenvolvimento como o Brasil<sup>1,2</sup>. Explicam-se as altas taxas de envelhecimento populacional por mudanças demográficas (que estão acontecendo no Brasil e no mundo), principalmente a queda das taxas de natalidade, de mortalidade, de fecundidade e, também, a redução das patologias infecciosas e parasitárias<sup>3</sup>. A partir dessas transformações, tem-se um novo perfil epidemiológico da população, que passou a viver por mais tempo, sendo, pois, considerável o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>4</sup>.

No Brasil, a população de idosos tem aumentado significativamente nas últimas décadas; passará de 19,6 milhões (10% da população brasileira, em 2010) para 66,5 milhões de pessoas (29,3%, em 2050). Estima-se que essa alteração no perfil da população ficará mais evidente em 2030, quando o número absoluto e o percentual de brasileiros com 60 anos ou mais de idade irão superar o de crianças de 0 a 14 anos<sup>5</sup>.

Em resposta ao aumento da expectativa de vida e à redução da disponibilidade de recursos familiares para o cuidado dos idosos, cresceu a procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)<sup>6</sup>. Ultimamente, as ILPI funcionam praticamente com lotação máxima e, segundo o previsto, nos próximos dez anos, pode-se aguardar um aumento entre 100% e 500% no número de idosos com necessidade de cuidados não supridos pelos familiares e que precisarão, em grande parte, das ILPI<sup>7</sup>.

As ILPI brasileiras são regulamentadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005<sup>8</sup>, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Essa Resolução estabelece os critérios mínimos para o funcionamento das ILPI e para a prestação de serviços aos idosos residentes, principalmente no que tange aos aspectos físico-estruturais e organizacionais, levando-se em conta o grau de dependência de seus moradores.



Diante desse cenário de envelhecimento e de dificuldades familiares quanto à assistência de seus idosos, há uma preocupação cada vez maior com as condições necessárias para cuidado digno a essa população<sup>9</sup>. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo conhecer as ILPI sem fins lucrativos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, seus recursos humanos e população atendida, e verificar o cumprimento dos critérios estabelecidos pela RDC nº 283/2005.

## **Métodos**

Este estudo está vinculado a uma pesquisa censitária, de observação transversal analítica, de cunho quantitativo, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Parecer 2.048.585).

Inicialmente, foi realizado um levantamento de todas as ILPI sem fins lucrativos pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, por meio de telefonema para a prefeitura de cada município que compõe a regional. Nos 32 municípios que a compõem, foram encontradas 13 ILPI, distribuídas em 11 deles. Em seguida, as ILPI foram consultadas, via telefonema, e o presidente/responsável recebeu os esclarecimentos necessários sobre o estudo, autorizando a realização da pesquisa. Todas as ILPI participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Autorização Institucional (TAI), em duas vias. Foram excluídas duas ILPI, uma por estar sob ordem judicial, não sendo permitida a realização de investigações, e outra por não aceitar a visita da pesquisadora. Das 11 ILPI, três estão localizadas no mesmo município e as outras estão distribuídas em oito municípios. As ILPI estão identificadas por uma letra, de A a K, para se respeitar o sigilo necessário.

Todas as ILPI participantes receberam a visita da pesquisadora, sendo a coleta realizada no período de maio de 2017 a novembro de 2018. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas sobre a gestão, a estrutura e o funcionamento da ILPI<sup>10</sup>, respondido pelo diretor/responsável pela instituição. Esse instrumento objetivou conhecer as características estruturais, tais como infraestrutura, número total e máximo de leitos por quarto, natureza jurídica, regime de funcionamento, recursos humanos disponíveis, estrutura de custos e financiamento, rede de parcerias, principais dificuldades encontradas, bem como levantar algumas características dos residentes, como sexo, faixa etária e grau de dependência.

Ao final da coleta, para este estudo, foi realizada análise descritiva dos dados encontrados e a discussão ocorreu conforme a literatura – nacional e internacional – disponibilizada.

## Resultados

As 11 ILPI pesquisadas funcionam, em média, há 57 anos; a mais nova desenvolve suas atividades há 20 anos e as duas mais velhas há 81 anos. Tratando-se da natureza das ILPI, três (27,3%) foram declaradas privadas filantrópicas religiosas e oito (72,7%) privadas filantrópicas leigas, todas sem fins lucrativos. As ILPI funcionam em regime fechado, sendo que, em seis (54,5%) delas, o idoso pode sair somente acompanhado de familiar ou funcionário da instituição; em cinco (45,5%), o idoso considerado independente e, se autorizado pelo responsável, pode sair sozinho, com horário pré-estabelecido para retorno.

Com relação à estrutura das ILPI, 100% possuem quartos, banheiros coletivos, sala de TV/de convivência, cozinha, despensa e lavanderia; 72,7% possuem jardim ou área externa descoberta e sala administrativa; 54,5% possuem refeitório e sala para atividades de apoio individual e 36,4% possuem sala ecumênica ou capela.

A Tabela 1 apresenta o número total de acomodações existentes em cada ILPI e o máximo de leitos.

**Tabela 1.** Características das acomodações – número total e máximo de leitos de cada ILPI da 4ª Regional de Saúde do RS (n=11)

ILPI	Quartos						Lotação máxima (leitos)
	1 leito	2 leitos	3 leitos	4 leitos	5 leitos	6 ou mais leitos	
A			X				26
B					X		70
C		X					21
D		X					12
E					X		74
F		X					21
G						X	15
H						X	68
I			X				80
J			X				35
K						X	200

Apenas três (27,3%) ILPI possuem enfermarias, local que acomoda vários leitos, com idosos em dependência total, com uso ou não de estomas (colostomia, ileostomia, urostomia, traqueostomia) ou sondas, que requerem maiores cuidados da equipe, ou idosos com patologias agudas em tratamento.

Quanto aos critérios de admissão do idoso na instituição (o responsável podia optar por mais de um item), foram citados: estar em vulnerabilidade social (36,4%), ter salário mínimo anterior à admissão (27,3%), ter um responsável legal (27,3%), ser independente nas atividades de vida diária (18,2%), ter idade superior a 60 anos (27,3%) e não ter vínculo familiar (9,1%). Os residentes com idade inferior a 60 anos, em sua maioria, possuem patologias psiquiátricas,

síndromes ou deficiências motoras e/ou cognitivas, geralmente dependentes grau III, sem suporte familiar. Quanto à chegada dos idosos, 69,2% das ILPI relataram que eles foram trazidos por algum familiar; 18,7% relataram que foi por órgão público/Assistência Social e 12,1% por amigos, vizinhos e/ou quaisquer conhecidos do idoso. No que se refere à saída da ILPI, a totalidade das ILPI (100%) destacou a morte como o principal motivo de saída dos idosos e apenas 18,2% referiram a reintegração à família. Vale esclarecer que, neste item, o presidente/responsável poderia marcar mais de uma opção.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao número de residentes nas ILPI, destacando-se o sexo, idade e grau de dependência dos idosos de cada uma. Nesse sentido, não são apresentadas as características dos residentes com menos de 60 anos de idade.

**Tabela 2.** Número de residentes e caracterização dos idosos das ILPI da 4ª Regional de Saúde do RS

ILPI	Residentes			Sexo		Idade (md±dp)	Grau de Dependência		
	Total	< 60 anos (n)	≥ 60 anos	F (n)	M		I	II (n)	III
A	17	2	15	7	8	75,3±8,9	5	6	4
B	66	8	58	32	26	77,7±9,1	18	22	18
C	16	0	16	6	10	76,4±8,8	6	7	3
D	11	1	10	4	6	76±9,2	6	3	1
E	71	13	58	24	34	77,4±8,4	21	19	18
F	16	1	15	6	9	77,5±7,9	6	5	4
G	19	0	19	9	10	75,6±7,9	5	8	6
H	62	8	54	28	26	74,7±10,2	12	12	30
I	77	2	75	1	74	76±9,5	30	24	21
J	31	0	31	17	14	77,4±10,2	13	10	8
K	198	27	171	171	0	77,6±9,1	40	61	70
TOTAL	584	62	522	305	217	76,8±9,2	162	177	183
%	-	-	100	58,4	41,6	-	31,1	33,9	35

Legenda: n: número de idosos; %: porcentagem do total de idosos; F: feminino; M: masculino; md: média; dp: desvio-padrão; I: Idosos independentes, mesmo aqueles que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; II: idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; III: idosos com dependência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

Todos os idosos contribuem com o valor da sua aposentadoria para a sua manutenção na ILPI. As que aceitam idosos sem aposentadoria ou benefício (45,5%) buscam tais aportes financeiros recorrendo à Assistência Social, que concretizam o direito do idoso à remuneração junto aos órgãos competentes. Assim, nenhum dos idosos reside nas ILPI sem contribuir financeiramente. Em 54,5% das ILPI, todo o salário do idoso é utilizado pela instituição. Em 45,5%, os idosos independentes (aqueles que podem sair da ILPI) recebem dos dependentes ou da ILPI parte do dinheiro para realizarem pequenas compras. Geralmente, o valor integral do salário fica guardado na instituição para alguma eventualidade de saúde do idoso (pagamento de cuidadores quando internado em hospital, compra de medicação e/ou de fraldas caso haja pouca doação no mês, realização de exames laboratoriais e de imagens não acessados

rapidamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS). A retenção dos referidos valores é relativa, não fixa, ficando na dependência dos gastos mensais da ILPI.

Verificou-se que 100% das ILPI utilizam acima de 70% da renda mensal do idoso. As ILPI declararam gasto médio de cada idoso de R\$1.153,00, sendo o menor valor R\$805,00 e o maior R\$1.470,00. Para suprir esses valores, algumas parcerias são estabelecidas, além das doações voluntárias, recebidas em 100% das ILPI. As parcerias ou convênios citados foram: prefeitura do município (54,5%), por meio de medicações, fraldas e/ou profissionais cedidos; instituições de ensino (45,5%), com estágios supervisionados; SUS (45,5%), com consultas, internações hospitalares e farmácia popular; associações leigas e pessoas físicas (45,5%) e associações religiosas (36,4%), com material de consumo e valor em dinheiro.

Em caso de necessidade de atendimento hospitalar, 100% das ILPI utilizam recursos da rede pública de saúde, que, também, recebe-os em outros níveis de atenção do sistema: na Atenção Básica (geralmente, recorrem à unidade básica de saúde para acompanhamento regular do idoso quando não há médico na ILPI) e na Atenção Secundária/Especializada (cumprindo o mesmo percurso da população em geral). Vale ressaltar que, se o idoso necessitar de profissionais que não estejam disponíveis nas ILPI, esse acesso poderá ser realizado por contratação particular por parte da família. Além disso, conforme citado, 45,5% das ILPI possuem parcerias com as instituições de ensino, que realizam estágios junto a elas, de modo a ampliar a assistência à saúde dos idosos. As atividades de lazer e cultura são realizadas em oito ILPI (72,7%). Quanto ao tipo de atividade de cultura e lazer, os gestores informaram atividades como: passeios em clubes/estabelecimentos, festas beneficentes, bailes, grupos de idosos e oficinas. Apenas três (27,3%) ILPI afirmaram possuir algum tipo de registro de visitas aos idosos e apenas uma (9,1%) destacou que realiza algum trabalho com as famílias a fim de manter o vínculo idoso/família.

Todas as ILPI possuem um presidente/responsável, designado para a gestão. Convém dizer que em sete (63,6%) ILPI, eles não estavam presentes, sendo entrevistado um funcionário administrativo ou enfermeiro responsável pela instituição.

Na Tabela 3, encontram-se discriminados o quadro de recursos humanos presentes em cada ILPI (número, profissões/ocupações e vínculo).

**Tabela 3.** Recursos Humanos presentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos

(continua)

TRABALHADORES	ILPI										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Presidente/Responsável	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1*	1*	1*	1
Secretaria	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1
Médico	1*	1*	-	-	1**	1*	-	-	2*	1*	2

(conclusão)

TRABALHADORES	ILP										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Enfermeiro	-	1	-	-	1	1*	1	1	2	1	7
Téc. Enfermagem	-	10	1	-	-	2*	-	7	8	6	48
Cuidador	-	16	-	-	-	-	-	4	8	-	-
Assistente Social	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	1
Psicólogo	-	-	-	-	-	1*	-	-	1	1	1
Nutricionista	-	-	-	-	1*	-	-	1	1	-	1
Farmacêutico	-	-	-	-	-	-	-	-	2*	-	1
Dentista	-	-	-	-	1*	-	-	-	2*	-	-
Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Fisioterapeuta	-	-	1**	-	-	1*	-	1**	1	-	1
Fonoaudiólogo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Educador Físico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cozinheiro	-	-	1	-	4	1	2	3	2	1	4
Lavadeiro	-	-	-	-	2	-	-	-	2	3	4
Porteiro/Vigia	-	-	-	-	-	1	-	-	2	3	5
Serviços Gerais	-	2	-	-	-	-	1	5	8	2	34
Misto	7	-	7	3	20	7	6	-	2	-	-
Total	9	32	11	4	31	16	11	24	47	21	112

Legenda: ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos; \*: em caráter voluntário; \*\*: cedido pela prefeitura; número sem \*: carteira assinada/contrato de trabalho; -: não encontrado na ILPI; Misto: refere-se aos trabalhadores que fazem todos os serviços da instituição, sem divisão por tipo de trabalho.

Quanto às principais dificuldades encontradas para a manutenção das ILPI, os gestores entrevistados citaram: falta de recursos financeiros e dependência de doações (81,8%); rigor da Vigilância Sanitária e cumprimento de leis e normas que regem as ILPI (63,6%); falta de recursos humanos (36,4%); falta de apoio do município (27,3%) e falta de assistência/cuidado terapêutica especializada aos idosos (18,2%).

## Discussão

Ao longo do século XIX, os então chamados asilos foram se disseminando no Brasil, tendo caráter caritativo e com a função de acolher moradores de rua, pessoas com doenças mentais e crianças abandonadas por suas famílias. Conforme demonstrado, as ILPI deste estudo são antigas (média de 57 anos de funcionamento) e, por admitirem idosos em vulnerabilidade social (36,4%) e ainda pessoas não idosas (72,7%), pode-se inferir que apresentam forte concepção caritativa/assistencialista, condição não mais preconizada pela legislação que pressupõe as ILPI como instituições, governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, dedicadas à morada coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que possuam ou não apoio familiar, em situação de liberdade, dignidade e cidadania<sup>8</sup>.

Com relação a alguns itens da estrutura das ILPI, ficou evidente que as ILPI estudadas atendem parcialmente aos critérios da RDC nº. 283/2005, da ANVISA<sup>8</sup>. Os dormitórios devem ser separados por sexo e ter, no máximo, quatro pessoas, o que não se verificou em cinco ILPI (45,5%) – que contam com quartos com número de camas superior ao permitido. Todos os

quartos devem ter banheiros privativos – esse item foi o menos encontrado, já que 100% das ILPI não os possuem em sua totalidade; foram identificados banheiros coletivos nos corredores e, muitas vezes, não separados por sexo. A Resolução também determina que toda ILPI deve contar com: sala de TV e/ou de convivência, cozinha, despensa e lavanderia. Tais ambientes foram encontrados em todas as ILPI pesquisadas; além de refeitório, sala para atividades de apoio individual, jardim ou área externa descoberta, sala administrativa, sala ecumênica ou capela, esses últimos não foram encontrados em todas as ILPI.

Alguns estudos constataam a mesma realidade: a Resolução não está sendo seguida integralmente<sup>11,12</sup>. A preocupação com a verificação do ambiente das ILPI está pautada a situações que podem levar o idoso à doença<sup>12</sup>, já que a falta de estrutura física apropriada, ao lado da falta de recursos humanos capacitados, da assistência caritativa e assistencialista, comumente indiferentes ao potencial dos idosos e sua liberdade de escolher, pode exacerbar o nível de dependência, isolamento e perda de esperança para uma vida ativa e com qualidade<sup>13,14</sup>.

A propósito do funcionamento relacionado à liberdade e cidadania, por exemplo, ainda, as ILPI estudadas guardam muito da origem dos asilos – espaços regradados, com finalidade caritativa<sup>15</sup>. Esse fato pode ser explicado pela carência de profissionais que bem compreendem as recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>16,17</sup>, as políticas públicas nacionais – Política Nacional do Idoso de 1994<sup>18</sup>, Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999<sup>19</sup>, Estatuto do Idoso de 2003<sup>20</sup>, RDC 283/2005<sup>8</sup>, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006<sup>21</sup> – e as necessidades de saúde dos idosos (cuidado multidimensional)<sup>22</sup>. A falta e a escassez de profissionais competentes na temática do idoso, atuantes em ILPI, resultam na manutenção da concepção antiga, avançando-se, assim, pouco na concepção dos gestores e da sociedade, em geral, acerca de como as ILPI deveriam estar estruturadas e funcionando.

Na garantia do profissionalismo, exigido pela legislação brasileira, as ILPI devem possuir recursos humanos com vínculo formal de trabalho para realizarem as atividades de cuidado, portanto, espera-se que uma ILPI conte com trabalhadores para atividades de lazer, serviços de limpeza, alimentação e lavanderia, conforme a extensão e o número de residentes da instituição<sup>8</sup>. Neste estudo, verificaram-se oito (72,7%) ILPI com deficiência nesse aspecto, sendo que, na maioria delas, um mesmo trabalhador exerce diversas funções (existência de trabalhador pluriocupado), o que pode comprometer a qualidade da assistência e, ainda, a qualidade de vida/saúde do trabalhador.

Tais dados confirmam os de outra investigação, realizada em ILPI filantrópicas já há uma década<sup>23</sup>, que encontrou duplicidade de atribuições, como um mesmo trabalhador realizando a higienização da instituição e a lavagem das roupas dos idosos. Os relatos de alguns

profissionais demonstraram a influência negativa da não divisão de tarefas, entre cuidadores e outros profissionais, na qualidade da assistência, destacando, especialmente, a falta de tempo para o bem cuidar. Os resultados deste estudo são condizentes também com uma pesquisa que traçou o perfil de nove ILPI do município de Botucatu, São Paulo, em que quatro delas não possuíam trabalhadores exclusivamente responsáveis por lavanderia, alimentação e limpeza<sup>24</sup>.

Constatou-se, neste estudo que, quando as funções não são mistas, o maior número de trabalhadores correspondeu aos que executam a tarefa direta de cuidado do idoso, ou seja, a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos em enfermagem e cuidadores de idosos) é a mais volumosa. Esse dado está de acordo com estudos realizados em outras ILPI do Brasil<sup>10,25</sup>. Ficou evidente, ainda, a falta de profissionais especializados no cuidado a idosos, dentre eles, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais da educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Sabe-se que estes detêm importantes conhecimentos para reconhecer as necessidades da pessoa em processo de envelhecimento saudável e/ou patológico. Embora não seja obrigatória a contratação de todos os profissionais da saúde em ILPI, é conveniente existir uma equipe multiprofissional para o cuidado integral às pessoas idosas institucionalizadas<sup>12</sup>. Estudos revelaram a importância de equipes composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos e cuidadores<sup>26</sup>; acrescentam-se, aos relacionados, os fonoaudiólogos, os terapeutas ocupacionais e os cirurgiões dentistas.

Uma das dificuldades relatadas pelos responsáveis das ILPI foi a falta da realização de atendimentos terapêuticos (18,2%). Sabe-se da importância de uma equipe para se atingir um trabalho qualificado, ou seja, uma assistência ampliada ao idoso, englobando suas necessidades e prestando uma atenção integral à saúde, com olhar multidimensional<sup>27</sup>. Embora seja pequeno o percentual de ILPI que reconheceram a falta de terapeutas, esse dado pode ser interpretado como um avanço de concepção dos gestores, visto que presumem a ampliação da equipe de profissionais, destacando, assim, o papel de as ILPI também proporcionar aos idosos cuidados longitudinais (em saúde) para além dos medicamentos e da assistência médica e/ou da enfermagem voltada aos aspectos biológicos.

No que tange ao ingresso de idosos às ILPI, o presente estudo constatou que 69,2% dos idosos chegaram à ILPI acompanhados de algum familiar. Estudos justificam esse fato especialmente devido às mudanças nos arranjos familiares (participação maior da mulher no mercado de trabalho, redução do número de filhos por casal), dificuldades com o cuidado, rompimento dos laços familiares e dificuldades financeiras<sup>6,28-30</sup>. Aliadas às dificuldades

familiares, apresenta-se a questão de negligência, discriminação, abandono familiar e violência intrafamiliar contra o idoso<sup>31</sup>.

Quanto aos idosos residentes nas ILPI estudadas, houve a predominância de mulheres (58,4%), concordando com a literatura<sup>32-37</sup>. A feminização no envelhecimento, ou seja, o fato de as mulheres estarem vivendo mais do que os homens em quase todo o planeta, pode ser explicada por diversos fatores, dentre os quais se destacam: consumo inferior de bebidas alcoólicas e de tabaco, maior frequência em serviços de saúde ao longo da vida e menor exposição a fatores de risco de natureza ocupacional<sup>32,35</sup>.

No que se refere à idade, constatou-se, no presente estudo, que os idosos que estavam na faixa etária de 70 a 79 anos (predominando os acima de 75 anos), situação também constatada em estudo<sup>38</sup> em diversas regiões do Brasil com idosos institucionalizados. A maioria dos idosos (64,9%) do presente estudo foi classificada, pelo responsável entrevistado, como pertencendo ao grau de dependência I e II. Os motivos que podem explicar esse fato é que 18,7% das ILPI não aceitam idosos totalmente dependentes (grau III), além de que a idade predominante (média de 76,8 anos) não foi tão elevada. Dado divergente de uma pesquisa que analisou a capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados, na cidade de Barbacena-MG, relacionando com presença de comorbidades, medicações, dados sociodemográficos e institucionalização, mostrou que o maior número de idosos independentes foi encontrado na faixa etária entre 60 e 69 anos, assim como evidenciou que os dependentes possuíam 80 anos ou mais. Tal relação apresentou valor estatisticamente significativo ( $p < 0,01$ ), mostrando que a incapacidade funcional aumenta progressivamente com a idade<sup>39</sup>.

A totalidade das ILPI (100%) destacou a morte como o principal motivo de saída dos idosos das ILPI, seguido da reintegração à família (18,2%). Esses resultados permitem a reflexão do quanto uma ILPI deve ser lugar de cuidado integral à saúde, de respeito à individualidade de cada idoso e de aconchego, pois se configura como última morada da maioria dos idosos. Reafirma-se, aqui, a necessidade de as ILPI cumprirem os princípios das legislações vigentes no Brasil e pertinentes a essa faixa etária.

A prática de atividades de lazer e cultura foram referidas em oito ILPI, inexistindo, pois, em quatro. A legislação determina que, dentre as suas diversas tarefas, a ILPI deve promover a prática do lazer, especialmente, por meio de atividades físicas, recreativas e culturais. Para concretizar tal norma, recomenda que haja um profissional, com formação de nível superior, com carga horária de 12 horas semanais para cada 40 idosos<sup>8</sup>. Este estudo revelou essa proporção em apenas duas ILPI na forma de contratado institucional; em três, com profissionais voluntários; em outras três, com profissionais cedidos pela prefeitura, mas, em todos os casos,



número insuficiente pelo número de idosos. Logo, constatou-se que as atividades de lazer e cultura aconteciam em seis ILPI pesquisadas sem a contratação de profissional, estando a cargo da comunidade (voluntários). Apesar de conhecida a importância do lazer para os idosos e das solicitações para seu exercício nas ILPI, pesquisa brasileira apontou que menos de 40% dessas instituições ofertavam tais atividades<sup>24</sup>.

Sabe-se que as ILPI filantrópicas possuem muitas dificuldades com relação a recursos humanos e materiais. Dependendo da gestão, as oportunidades de lazer podem vir das parcerias ou podem ser anuladas, importante aspecto que facilita o isolamento dos idosos. O lazer não é visto como básico para os residentes nas ILPI e, sim como supérfluo, por isso, muitas vezes, fica a encargo de voluntários ou estagiários de ensino superior, sem o preparo necessário<sup>40</sup>. Estudo recente<sup>41</sup> avaliou a percepção de idosos institucionalizados sobre lazer e conferiu que as atividades de lazer não eram oferecidas conforme a preferência dos idosos, e também não eram adaptadas às suas limitações. Ainda assim, constatou que, aos que participavam das atividades de lazer e cultura, proporcionou conforto biopsicossocial, facilitou a adequação às rotinas impostas pela instituição, favoreceu a criação de vínculos e pareceu amenizar os fatores ruins detalhados pelos idosos, como a dor do abandono da família e da convivência com pessoas fora do seu círculo familiar<sup>41</sup>.

A propósito do convívio com familiares, apenas três (27,3%) ILPI afirmaram possuir algum tipo de registro de visitas, e apenas uma (9,1%) realizava algum tipo de intervenção junto às famílias, visando manter o vínculo idoso/família. O Estatuto do Idoso<sup>20</sup>, em seu artigo 49, determina que as entidades que desenvolvem programa de institucionalização de longa permanência devem realizar atividades que priorizem a manutenção dos vínculos familiares. Essa condição revela que há muito a ser feito nas ILPI da região pesquisada; certamente, a presença de profissionais da saúde, como fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, com a devida competência para propiciar e intervir nas relações idosos/familiares, aprimoraria o andamento institucional à medida que também proporcionaria vinculação das famílias e, conseqüentemente, da sociedade em geral. Maior proximidade, por meio de vindas regulares dos familiares à ILPI e não apenas para visitá-los, mas para colaborar com a rotina institucional, favoreceria o cotidiano e divulgaria as facilidades e dificuldades do cuidado integral, digno e cidadão.

Quando das dificuldades enfrentadas para manter as ILPI, os responsáveis destacaram, principalmente, a falta de recursos financeiros e a dependência de doações (81,8%), corroborando o estudo, que revelou que os recursos dos idosos (até 70% de aposentadoria ou benefício de prestação continuada) somados aos governamentais são insuficientes para a

manutenção das ILPI de caráter filantrópico, demonstrando uma dependência da sociedade, tanto de doação em dinheiro, fraldas geriátricas ou alimentos, como de trabalho voluntário<sup>42</sup>. Além da falta de recursos humanos (36,4%), falta de apoio do município (27,3%) e falta de oferta de processos terapêuticos adequados às necessidades de saúde dos idosos (18,2%), já discutidas, o rigor da vigilância sanitária para o cumprimento de leis e normas (63,6%) também apareceu como grande dificuldade enfrentada. Na região, as ILPI, por serem antigas, geralmente ocupam casas que não foram construídas originariamente para ser uma ILPI, revelando estrutura inadequada pela legislação e a necessidade de reformas significativas. Sem o auxílio profissional pertinente, torna-se difícil a adaptação desses locais. Constatou-se, muitas vezes, falta de espaço e número de idosos acima dos limites permitidos. Por isso, convém ressaltar que as dificuldades de recursos financeiros implicam direta e negativamente questões acerca do cuidado, da estrutura e do funcionamento institucional. Dessa forma, como cumprir as leis e as normas previstas?

Este estudo possibilitou conhecer a realidade das ILPI, espaços onde o cuidado aos idosos e os processos de administração institucional, geralmente, são desenvolvidos por pessoas leigas e com “boa vontade”, de modo que os fazem com pouca ou sem retribuição financeira à altura da complexidade cotidiana do trabalho nas e das ILPI. Os apoios da sociedade são irregulares e os de governo escassos. É necessária forte divulgação das condições das ILPI e forte apelo para saídas legais, envolvendo a sociedade em geral, além das esferas do governo. As considerações citadas encontram eco em estudo<sup>43</sup> que afirma que, apesar de a ANVISA dispor de regulamentação específica para o funcionamento das ILPI desde 2005, ainda há muito que conscientizar e exigir dos responsáveis técnicos dessas instituições para que seja garantido o envelhecimento bem-sucedido dos idosos residentes nessas instituições.

Conclui-se, com este estudo, que as 11 ILPI sem fins lucrativos da 4ª Coordenadoria da Região do RS atendem parcialmente aos critérios da RDC nº 283/2005<sup>8</sup>, da ANVISA, especialmente nos critérios de infraestrutura, recursos humanos, porcentagem da aposentadoria dos idosos e atividades de lazer e cultura. Portanto, é necessária a discussão técnico-científica e na sociedade, em geral, sobre o papel das ILPI e sua forma de manutenção, visto que se constatou árduo trabalho e quase que solitário dos administradores e trabalhadores das ILPI pesquisadas. Acredita-se também que a mobilização da sociedade como um todo possa melhorar a qualidade das ILPI, de vida dos trabalhadores e dos idosos institucionalizados.

Grande parte das condições atuais das ILPI pode ser atribuída à falta de profissionais de saúde competentes, no sentido de bem conhecerem as necessidades de saúde/dignidade da vida humana em sua fase final. A propósito disso, este estudo revelou que os idosos

institucionalizados estão em vulnerabilidade social e de saúde e que, à medida que há o agravamento das condições de saúde, a tendência das ILPI é cuidar do declínio orgânico por meio medicamentoso, negligenciando os aspectos da subjetividade. Acredita-se que as atitudes profissionais possam ser diferentes, como as previstas nos cuidados paliativos. Nesse sentido, o estágio final da vida dos idosos institucionalizados poderia acontecer para melhora da qualidade de vida dos idosos com patologias crônico-degenerativas, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com a identificação precoce e integral avaliação e tratamento da dor e problemas físicos, psicossociais e espirituais<sup>44</sup>. Assim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas explorando esse tema, com outros métodos e cenários (inclusive abordando o sistema privado), abrangendo outras regiões do estado e também do país.

## Referências

1. Moreira RS, Nico LS. Epidemiologia do Idoso no Brasil. In: Guariento MH, Neri AL, organizadores. Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas, SP: Alínea; 2010. p. 13-30.
2. Rinco M, Bestetti MLT. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. Revista Kairós Gerontologia [Internet]. 2015 jul-set [citado 10 jan. 2019]; 18(3):397-415. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/28641>
3. Cabrelli R, Sousa CS, Turrini NT, Cianciarullo TI. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. Rev Rene [Internet]. 2014 [citado 03 maio 2019]; 15(1):89-98. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1470/pdf>
4. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 26 fev. 2019]; 18(10):2950-2951. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019)
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2018: Características dos Moradores e Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
6. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Carvalho DF. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 187-212.
7. Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

8. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
9. Moreira PL. Qualidade de vida de idosos institucionalizados [dissertação]. Bahia: Faculdade Universidade Federal da Bahia; 2014.
10. Camarano AA, coordenadora. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sul. Brasília: IPEA; 2008.
11. Vieira Neto Z, Carréra M. Análise da arquitetura inclusiva nas Instituições de Longa Permanência em Recife-PE. Rev Arqit Urban [Internet]. 2013 [citado 11 nov. 2018]; 3(4):104-30. Disponível em: <http://www.faculadamedas.edu.br/revistafd/index.php/arquitetura/article/view/330/313>
12. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. Escola Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2019 feb. 11]; 21(4):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf)
13. Souza PD et al. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2011 [citado 12 jan. 2019]; 14(1):7-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a02v14n1.pdf>
14. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. Saúde Debate [Internet]. 2015 [citado 15 nov. 2018]; 39(105):536-550. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>
15. Araújo MOPH. O autocuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência [dissertação]. Campinas, São Paulo: Unicamp; 2003.
16. Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Viena; 1982.
17. Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Madrid 2002. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos; 2003.
18. Brasil. 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 [Internet]. Brasília; 1994 [citado 05 jan. 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)
19. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999 [citado 19 out. 2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)
20. Brasil. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)

21. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006 [citado 19 out. 2018]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
23. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [citado 20 mar. 2019]; 62(6):870-875. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a11v62n6.pdf>
24. Cornélio GF, Godoy, I. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no Estado de São Paulo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2013 16(3):559-568. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a13.pdf>
25. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 [citado 31 maio 2019]; 18(2):259-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>
26. Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [citado 20 jun 2019]; 23(6):775-781. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600010&lng=en&nrm=iso)
27. Piexak DR, Freitas PH, Backes DS, Moreschi C, Ferreira CLL, Souza MHT. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 [citado 25 mar. 2019]; 15(2):201-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n2/03.pdf>
28. Abramson EL, McGinnis S, Moore J, Kaushal R. A statewide assessment of electronic health record adoption and health information exchange among nursing homes. Health Serv Res. [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec. 18]; 49(1Pt2):361-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24359612>
29. Evangelista RA, Bueno AA, Castro PA, Nascimento JN, Araújo NT, Aires GP. Perceptions and experiences of elderly residents in a nursing home. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014; [cited 2018 Dec. 18]; 48(Spe 2):85-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00081.pdf>
30. Lopes VM et al. O que levou os idosos à institucionalização? Rev enferm UFPE [Internet]. 2018 [citado 02 abr. 2019]; 12(9):2428-35. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234624/29939>
31. Cordeiro LM et al. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. Acta paul. enferm. [Internet]. 2015 [citado 02 abr. 2019]; 28(4):361-366. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0361.pdf>

32. Santos SB, Oliveira LB, Menegotto IH, Bós AJG, Soldera CLC. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. [Internet]. 2012 [citado 05 abr. 2019]; 17(1):125-143. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/18172/23192>
33. Oliveira PB, Santos DMT. Condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2014 [citado 15 abr. 2019]; 67(2):241-246. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0241.pdf>
34. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2014 [citado 15 abr. 2019]; 17(1):79-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00079.pdf>
35. Zimmermann IMM, Leal MCC, Zimmermann RD, Marques APO. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2015 [citado 10 fev. 2019]; 9(3): 86-92. Disponível em: <http://ggaging.com/details/49/pt-BR/institucionalized-elders--cognitive-impairment-and-associated-factors>
36. Pinheiro NCG et al. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado 08 dez. 2018]; 21(11):3399-3405. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3399.pdf>
37. Güths FS, Jacob MHVM, Santos AMPV, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2017 [citado 08 dez. 2018]; 20(2):175-185. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232017000200175&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232017000200175&script=sci_arttext&tlng=pt)
38. Lenardt MH, Michel T, Tallmann AEC. A condição de saúde de idosos residentes em ILPI. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2009 [citado 02 jun. 2019]; 14(2):227-36. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2009/04/15608-53615-1-PB.pdf>
39. Paiva SCL et al. A influência das comorbidades, do uso de medicamentos e da institucionalização na capacidade funcional dos idosos. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais* [Internet]. 2014 [citado 02 jun. 2019]; 6:46-53. Disponível em: <https://periodicos.ufrj.br/index.php/riee/article/view/24009>
40. Moura GA, Souza LK. Práticas de lazer de idosos institucionalizados. *Movimento* [Internet]. 2013 out-dez [citado 03 nov. 2018]; 19(4):69-93. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/36131/27445>
41. Derhun FM et al. Percepção de idosos institucionalizados sobre o lazer. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [citado 3 nov. 2018]; 32(e25703):1-8. Disponível: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25703/16481>

42. Freire FS, Mendonça LH, Costa AJB. Sustentabilidade econômica das instituições de longa permanência para idosos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012 out-dez [citado 20 abr. 2019]; 36(95):533-543. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a05v36n95.pdf>
43. Carvalho VL. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [citado 20 abr. 2019]; 22(2): 184-191. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00184.pdf>
44. World Health Organization. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève; 2007.





### 3 ARTIGO 2 – PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO, LABORAL E DE QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

#### SOCIODEMOGRAPHIC, LABORAL AND LIFE-QUALITY OVERVIEW OF HOMES FOR AGED WORKERS

##### RESUMO

Objetivou-se conhecer os trabalhadores de Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) e sua Qualidade de Vida (QV). Participaram 86 trabalhadores de 11 ILPI do RS que responderam a dois questionários, um para coleta de dados sociodemográficos e laborais, outro de QV (WHOQOL-Bref). Maioria mulheres (82,6%); idade média de 41,57(±9,89) anos; casados (47,6%), com filhos (76,7%), católicos (59,3%) e 2º grau completo/incompleto (26,7%). Integrantes da equipe de enfermagem (41,9%); tempo de trabalho na ILPI superior há 5 anos (36%); atuando 8h/dia (33,7%); uma folga/semana (39,5%) e remuneração entre 1 e 2 salários mínimos (61,6%). Experiência prévia com idosos (59,3%); dedicação exclusiva à ILPI (70,9%), trabalho em equipe (89,5%) e em ILPI que ofertam cursos de atualização (59,3%). Na QV, o melhor domínio foi o físico (74,3±15,14) e o pior, o ambiente (61,23±13,89). A comparação da QV com dados sociodemográficos e laborais mostrou diferença significativa entre: ambiente e faixa etária; psicológico e estado civil; todos os domínios e experiência prévia com idosos e domínio físico com trabalhadores de ILPI que realizam cursos. Houve correlação significativa entre todos os domínios de QV. O ambiente necessita de prioridade nas ações de promoção da QV dos trabalhadores de ILPI.

**Palavras-Chave:** Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde do Trabalhador; Qualidade de Vida.

##### ABSTRACT

The objective of this study was to know the workers of Homes for the Aged (HA) and their Quality of Life (QoL). A total of 86 workers from 11 HA of RS participated by answering two questionnaires, one for sociodemographic and labor data collection, the other for QoL (WHOQOL-Bref). Majority of women (82.6%), mean age of 41.57 (± 9.89) years old, married (47.6%), with children (76.7%), Catholics (59.3%), complete/incomplete high school (26.7%). Nursing team members (41.9%); more than 5 years working at the HA (36%) 8h/day (33.7%); one day off/week (39.5%), earning between 1 and 2 minimum wage (61.6%). Previous experience with the elderly (59.3%); dedication to the HA (70.9%), teamwork (89.5%), working at HA offering refresher courses (59.3%). In the QoL, the best domain was the physical (74.3 ± 15.14) and the worse, environment (61.23 ± 13.89). The comparison of QoL with sociodemographic and labor data showed a significant difference between environment and age group; psychological and marital status; all domains and previous experience with the elderly, and physical domain with HA workers who take courses. There was a significant correlation among all domains of QoL. The environment needs priority in actions to promote the QoL of HA workers.

**Keywords:** Homes for the Aged; Worker's health; Quality of life.

## Introdução

A transição demográfica existente no Brasil e no mundo tem acarretado modificações ponderáveis na saúde da pessoa idosa, com aumento de doenças crônicas e incapacidades, gerando vulnerabilidade e dependência, demandando, pois, cuidado especializado. A família, principal responsável pelo cuidado, passa por transformações estruturais em função da queda da natalidade, diferentes padrões de casamento e entrada da mulher no mercado de trabalho<sup>1</sup>.

As instituições “asilares” estão dentre as opções para o cuidado não familiar da pessoa idosa. Porém, a institucionalização ainda é tratada com preconceito – associação com “depósitos de idosos” e muito ligada à finitude da vida<sup>2</sup>. A nomenclatura Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) surgiu para substituir os termos asilo, abrigo, casa de repouso e outros; atualmente, é adotada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e nas legislações nacionais a elas referentes.

As ILPI, para um atendimento de qualidade, devem possuir profissionais de diversas áreas de atuação, como: cuidadores, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e recursos humanos responsáveis pela limpeza, lavanderia e alimentação<sup>3</sup>. A maioria dos trabalhadores responsáveis pela assistência cotidiana dos idosos não possui formação específica na área. Comumente, os cuidadores são auxiliares ou técnicos de enfermagem, com formação básica e generalista, insuficiente para tratar especificamente de idosos. Esse é um dos fatos que podem levar os trabalhadores/cuidadores a vivenciarem situações de conflitos e restrições que afetam diretamente a sua qualidade de vida<sup>4</sup>.

Além do referido, a tarefa de cuidar de idosos deflagra diferentes e constantes sentimentos. Muitas vezes, as situações conflituosas que emergem do cotidiano laboral podem culminar em insatisfação e descontentamento, gerando comprometimento da qualidade de vida<sup>5</sup>, condição indispensável para que exista uma boa capacidade para o trabalho<sup>6</sup>. É fato que

assistir a um idoso implica a realização de atividades que requerem esforço físico, concentração e planejamento, podendo trazer desgaste físico e psicológico de quem cuida, o que, por sua vez, influencia na qualidade do serviço prestado, bem como na relação dos trabalhadores com o trabalho e com sua saúde<sup>7,8</sup>.

Assim, a sobrecarga física e mental pode gerar riscos para doenças e sintomas de caráter ocupacional, como algias osteomusculares, estresse, depressão e, conseqüentemente, acidentes de trabalho, faltas, piores condições de saúde e de qualidade de vida<sup>9</sup>. Além desses fatores, existem as condições de trabalho oferecidas pelas instituições, por exemplo, os turnos exaustivos, as funções mistas e repetitivas, com ritmo e intensidades excessivas<sup>10</sup>. Contudo, pode-se dizer que ainda existe escassez de pesquisas, na literatura nacional, que retratem as condições dos trabalhadores das ILPI. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi conhecer os trabalhadores e sua qualidade de vida no contexto de trabalho em ILPI.

## **Métodos**

Trata-se de pesquisa de observação transversal analítica, amostragem de conveniência, de cunho quantitativo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul (Parecer 2.048.595). Participaram do estudo trabalhadores de 11 ILPI sem fins lucrativos de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS). Essa região é composta por 32 municípios, com 13 ILPI, distribuídas em 11 deles. Foram excluídas duas ILPI, uma por estar sob ordem judicial, não sendo permitida a realização de investigações, e outra por não aceitar a visita da pesquisadora.

Os gestores das ILPI foram consultados via telefonema, receberam os esclarecimentos necessários sobre o estudo e ao concordarem, assinaram o Termo de Autorização Institucional. Os trabalhadores das ILPI receberam, portanto, autorização dos seus gestores para participar do

estudo. Aqueles que concordaram em participar, por sua vez, foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Identificou-se que as ILPI possuíam um total de 318 trabalhadores (incluindo os sem vínculo legal); 125 da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores), 92 de serviços gerais (portaria, higienização, lavanderia e cozinha), 20 da área administrativa (secretários, responsáveis técnicos e assistentes sociais), 20 da equipe terapêutica (fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia, odontologia e terapia ocupacional), nove médicos e 52 trabalhadores mistos (exercem mais de uma função: cuidado com o idoso e com a limpeza da instituição, por exemplo). Foram convidados trabalhadores de todas as áreas, admitidos há mais de dois meses (passado período de experiência), que estavam presentes no dia das coletas. Foram excluídos 114 trabalhadores, que estavam em turnos noturno ou oposto ao das coletas, 27 sem vínculo legal (estagiários e voluntários, por exemplo), 30 em período de férias e 15 em afastamento (por doença). Dos 136 trabalhadores abordados, 46 não aceitaram participar, finalizando-se a amostra com 86 trabalhadores.

Os trabalhadores responderam a dois questionários. O primeiro, elaborado pela autora, especificamente para este estudo, apresenta as características sociais, econômicas, culturais e profissionais. O segundo é referente à qualidade de vida em sua versão reduzida *WHOQOL-Bref*, traduzida e adaptada para língua portuguesa<sup>11</sup>. Essa versão conta com 26 questões – duas que analisam a qualidade de vida global e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O escore é calculado de forma que o somatório totalize, no máximo, 100 pontos. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, considerando-se as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do *WHOQOL-100*, que podem ser transformados em escala de 0 a 100<sup>11</sup>.

Os dados foram processados no Microsoft Office Excel e analisados no software SPSS (Statistical Package For Social Sciences), versão 15.0. Para a descrição das variáveis, foram utilizadas frequências absolutas e relativas (percentual) para as variáveis categóricas e medidas de tendência central média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Foi realizado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis numéricas, com significância  $p \leq 5\%$ . Na comparação dos domínios de QV em relação às variáveis sociodemográficas, em variáveis com duas amostras independentes, utilizou-se *Teste t de Student* para as normais e teste *U de Mann-Whitney* para não normais. Na comparação de mais de duas amostras, foi utilizada a ANOVA para os dados com distribuição normal e o teste de *Kruskal-Wallis* para os dados não normais. Ainda, utilizou-se a correlação de *Spearman* para verificar a relação entre os domínios de QV, visto que os dados não demonstraram normalidade.

## **Resultados**

Dos 86 trabalhadores, 82,6% eram do sexo feminino. A média de idade dos trabalhadores foi de 41,57 ( $\pm 9,89$ ) anos, variando de 21 a 62 anos. Para as mulheres, a média de idade encontrada foi de 42,92 ( $\pm 9,34$ ) anos e, dentre os homens, foi de 35,20 ( $\pm 10,27$ ) anos. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e laborais dos trabalhadores das 11 ILPI pesquisadas.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores das ILPI da CRS/RS

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência absoluta (n)</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	71	82,6%
Masculino	15	17,4%
<b>Faixa etária</b>		
20 a 30 anos	14	16,3%
31 a 40 anos	25	29,1%
41 a 50 anos	26	30,2%
51 a 60 anos	19	22,1%
>60 anos	02	2,3%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	35	40,7%
Casado	41	47,7%
Divorciado/Viúvo	10	11,6%
<b>Possui filhos</b>		
Não	20	23,3%
Sim	66	76,7%
<b>Religião</b>		
Católica	51	59,3%
Outras	28	33,7%
Sem religião	6	7,0%
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto ou completo	18	20,9%
2º grau incompleto ou completo	23	26,7%
Curso técnico	22	25,6%
Superior	18	20,9%
Especialização	5	5,8%
<b>Cargo</b>		
Administrativo	15	17,4%
Equipe de enfermagem	36	41,9%
Terapêutico	6	7,0%
Misto (mais de uma função)	16	18,6%
Serviços gerais	13	15,1%
<b>Tempo de trabalho na ILPI</b>		
≤ 1 ano	27	31,4%
Entre 1 e 5 anos	28	32,6%
> 5 anos	31	36,0%
<b>Jornada</b>		
6h/dia	27	31,4%
8h/dia	29	33,7%
12h/dia	26	30,4%
<6h/dia	4	4,7%
<b>Folgas</b>		
1 folga/semana	34	39,5%
2 folgas/semana	27	31,4%
3 ou mais folgas/semana	25	29,1%
<b>Salário</b>		
Até 1 salário mínimo	24	27,9%
Entre 1 e 2 salários mínimos	53	61,6%
Entre 2 e 3 salários mínimos	9	10,5%
<b>Experiência prévia com idosos</b>		
Sim	51	59,3%
Não	35	40,7%
<b>Possui outro emprego</b>		
Sim	25	29,1%
Não	61	70,9%
<b>Trabalha em parceria/em equipe</b>		
Sim	77	89,5%
Não	9	10,5%
<b>ILPI realiza cursos de atualização</b>		
Sim	51	59,3%
Não	35	40,7%
<b>Possui interesse em cursos</b>		
Sim	86	100,0%
Não	0	0,0%

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; CRS/RS: Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul; ≤: menor e igual; >: maior.

Quanto aos escores das dimensões da QV dos trabalhadores, apresentados na Tabela 2, verificou-se a maior média para o domínio físico e, menor, para o ambiente.

**Tabela 2.** Distribuição dos Escores das dimensões de Qualidade de Vida dos trabalhadores das ILPI de uma CRS/RS

Escores WHOQOL-Bref	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
QV Geral	70,18	11,78	42,40	94,50
Físico	74,63	15,14	35,70	100,00
Psicológico	72,39	12,05	37,50	100,00
Relações Sociais	72,48	17,58	16,70	100,00
Meio Ambiente	61,23	13,89	25,00	90,60

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; CRS/RS: Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul; QV: Qualidade de vida.

Ao se compararem os domínios de QV com as variáveis sociodemográficas dos trabalhadores, verificou-se diferença estatística significativa no escore ambiente com relação à idade (maiores de 50 anos) e no escore psicológico com relação ao estado civil (divorciados e viúvos com solteiros) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição da Comparação dos domínios de Qualidade de Vida dos trabalhadores das ILPI em relação às variáveis sociodemográficas (continua)

Variáveis	Escores WHOQOL-Bref (Média (DP))				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
<b>Sexo</b>					
Feminino	70,91(±11,34)	74,45(±15,90)	72,77(±12,00)	73,95(±16,72)	62,46(±12,02)
Masculino	66,76(±13,57)	75,49(±11,28)	70,56(±12,55)	65,56(±20,38)	55,42(±20,13)
p	0,387°	0,945°	0,522	0,195°	0,210
<b>Faixa etária</b>					
20 a 30 anos	66,25(±14,94)	72,96(±16,39)	67,86(±14,11)	65,48(±23,99)	58,70(±18,26)
31 a 40 anos	68,70(±10,91)	74,86(±15,72)	70,84(±12,10)	70,34(±15,60)	58,76(±9,80)
41 a 50 anos	70,61(±10,54)	75,56(±12,88)	72,44(±10,28)	74,68(±16,07)	59,73(±13,93)
>50 anos	74,05(±11,56)	74,32(±17,12)	77,18(±11,77)	76,99(±16,01)	67,72(±13,63)
p	0,238	0,987°	0,072°	0,301°	0,039*°
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	67,66(±12,72)	72,66(±15,03)	68,81(±12,77)	70,48(±19,94)	58,67(±15,71)
Casado	71,40(±11,19)	75,61(±15,34)	73,78(±11,32)	73,17(±16,62)	63,03(±12,12)
Divorciado/viúvo	74,03(±9,75)	77,50(±15,46)	79,17(±8,79)	76,67(±12,30)	62,83(±13,85)
p	0,291°	0,576	0,015°	0,729°	0,369
<b>Tem filhos</b>					
Não	69,69(±15,77)	74,84(±15,31)	71,26(±15,48)	72,50(±22,14)	60,16(±19,57)
Sim	70,33(±10,43)	74,57(±15,21)	72,73(±10,93)	72,48(±16,15)	61,56(±11,82)
p	0,971°	0,858°	0,480°	0,562°	0,303
<b>Religião</b>					
Católica	70,15(±12,57)	73,60(±16,20)	72,39(±12,95)	73,20(±16,45)	61,40(±13,76)
Outras religiões	70,85(±10,10)	75,62(±13,96)	72,98(±10,37)	72,71(±18,22)	62,07(±14,01)
Sem religião	67,27(±13,97)	78,58(±12,17)	69,45(±13,38)	65,28(±24,93)	55,73(±15,62)
p	0,798	0,685	0,812	0,853°	0,810°

(conclusão)

Variáveis	Escore WHOQOL-Bref (Média (DP))				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Escolaridade					
1º grau incompleto/completo	69,39(±9,63)	73,41(±14,24)	72,68(±9,42)	72,22(±11,78)	59,22(±13,75)
2º grau incompleto/completo	70,06(±9,70)	80,28(±10,82)	72,28(±11,35)	69,94(±14,15)	57,75(±12,95)
Curso técnico	70,71(±13,71)	72,73(±19,21)	75,39(±12,61)	71,21(±19,20)	63,50(±14,12)
Superior/Especialização	70,43(±13,80)	71,75(±14,60)	69,39(±13,92)	76,45(±22,57)	64,12(±14,53)
p	0,815	0,557	0,843	0,225°	0,692

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; CRS/RS: Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul; >: maior; \* p<0,05; ° teste não-paramétrico.

Quando se compararam os domínios de QV com as variáveis laborais dos trabalhadores, verificou-se diferença estatística significativa em todos os escores (exceto o físico) com relação à experiência prévia com idosos e, somente no escore físico, com relação a trabalhar em ILPI que oferece cursos de atualização (Tabela 4).

**Tabela 4.** Comparação dos domínios de Qualidade de Vida dos trabalhadores das ILPI em relação às características laborais (continua)

Variáveis	Escore WHOQOL-Bref (Média (DP))				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Cargo					
Administrativo	68,45(±9,86)	72,15(±10,55)	71,38(±10,67)	72,78(±17,67)	57,50(±11,99)
Equipe de enfermagem	70,56(±13,66)	73,42(±18,14)	72,80(±13,64)	72,46(±19,50)	63,54(±15,30)
Terapêutico	75,77(±16,48)	77,40(±13,30)	75,72(±17,77)	83,33(±22,98)	66,67(±17,64)
Misto (mais de uma função)	70,39(±8,89)	71,64(±14,49)	73,19(±9,51)	75,00(±10,55)	61,73(±10,55)
Serviços gerais	68,31(±9,47)	83,25(±9,50)	69,87(±9,66)	64,12(±14,58)	56,02(±12,98)
p	0,855°	0,163°	0,889°	0,215°	0,306
Tempo de trabalho na ILPI					
≤ 1 ano	71,23(±11,98)	78,18(±13,95)	73,77(±11,20)	71,30(±21,72)	61,69(±15,02)
Entre 1 e 5 anos	70,83(±12,19)	74,11(±14,76)	71,88(±12,77)	75,60(±14,86)	61,71(±13,31)
> 5 anos	68,69(±11,46)	72,00(±16,32)	71,64(±12,39)	70,70(±15,94)	60,40(±13,79)
p	0,677	0,298	0,894°	0,575°	0,937°
Jornada					
6h/dia	68,63(±14,14)	71,70(±17,17)	70,69(±13,13)	70,68(±20,20)	61,46(±14,14)
8h/dia	71,02(±11,11)	75,00(±12,12)	73,27(±13,13)	74,72(±18,18)	61,11(±14,14)
12h/dia	69,91(±9,9)	76,78(±15,15)	72,60(±9,9)	69,88(±11,11)	60,34(±13,13)
<6h/dia	76,38(±7,7)	77,70(±11,11)	76,05(±11,11)	85,43(±18,18)	66,40(±8,8)
p	0,650°	0,662°	0,880°	0,234°	0,884
Folgas					
1 folga/semana	69,96(±12,10)	74,06(±16,20)	72,55(±12,99)	72,31(±16,89)	60,95(±12,93)
2 folgas/semana	68,68(±13,73)	71,17(±14,69)	69,75(±13,16)	73,15(±21,72)	60,65(±16,06)
3 ou mais folgas/semana	72,11(±8,93)	79,14(±13,52)	75,01(±8,93)	72,01(±13,79)	62,25(±13,12)
p	0,577	0,093°	0,264°	0,787°	0,909
Salário					
Até 1 salário mínimo	70,38(±11,72)	79,02(±10,50)	73,95(±12,31)	70,85(±16,29)	57,69(±15,91)
Entre 1 e 2 salários mínimos	70,21(±11,74)	73,72(±16,29)	72,89(±11,20)	72,33(±17,36)	61,91(±13,30)
Entre 2 e 3 salários mínimos	69,50(±13,51)	68,26(±16,88)	65,26(±15,01)	77,78(±22,83)	66,67(±9,87)
p	0,975°	0,190°	0,326°	0,234°	0,261°
Experiência prévia idosos					
Sim	72,88(±12,29)	76,48(±14,94)	75,17(±11,68)	75,00(±19,65)	64,89(±13,89)
Não	66,26(±9,92)	71,94(±15,25)	68,33(±11,58)	68,81(±13,46)	55,90(±12,21)
p	0,008*°	0,199°	0,027*°	0,018*°	0,003*°
Possui outro emprego					
Sim	70,35(±11,58)	76,58(±16,56)	71,34(±12,41)	71,34(±15,98)	62,12(±12,52)
Não	70,11(±11,96)	73,83(±14,59)	72,81(±11,98)	72,95(±18,30)	60,87(±14,49)
p	0,797°	0,328°	0,412°	0,268°	0,646°



(conclusão)

Variáveis	Escore WHOQOL-Bref (Média (DP))				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Trabalha em parceria					
Sim	70,26(±12,00)	75,10(±14,73)	72,51(±12,24)	72,30(±18,26)	61,12(±14,18)
Não	69,54(±10,27)	70,62(±18,88)	71,31(±10,93)	74,07(±10,59)	62,17(±11,75)
p	0,810°	0,605°	0,943°	0,863°	0,590°
ILPI realiza cursos de atualização					
Sim	72,28(±10,28)	77,74(±13,59)	74,67(±10,93)	74,03(±15,06)	62,69(±12,99)
Não	67,13(±13,25)	70,10(±16,32)	69,05(±12,96)	70,24(±20,74)	59,11(±15,03)
p	0,132°	0,023*	0,095°	0,486°	0,083

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; >: maior; ≤: menor e igual; <: menor; \* p<0,05; ° teste não-paramétrico.

A correlação interna entre os domínios do WHOQOL-Bref está apresentada na Tabela

5.

**Tabela 5.** Correlação dos domínios de Qualidade de Vida

Variáveis	QV geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
QV geral	1	r=0,686*	r=0,879*	r=0,836*	r=0,826*
Físico		1	r=0,576*	r=0,290**	r=0,372*
Psicológico			1	r=0,673*	r=0,635*
Social				1	r=0,671*
Ambiente					1

Legenda: QV: qualidade de vida; \* p < 0,001; \*\* p < 0,007.

## Discussão

Verificou-se neste estudo, bem como em outros<sup>12-15</sup>, a predominância de mulheres no cuidado a idosos institucionalizados. Culturalmente, o ato de cuidar é exercido essencialmente pelas mulheres; é considerado uma habilidade inerente a elas, principalmente por causa da atenção aos filhos<sup>16</sup>. A maioria da amostra estudada apresentou-se casada (47,7%) e com filhos (76,7%), situação também encontrada em outras pesquisas<sup>17,12-14</sup>, sugerindo que a prática das mulheres em cuidar dos filhos, companheiros e das atividades do lar pode favorecer a adaptação para o cuidado à pessoa idosa. Mesmo com as mudanças observadas no mercado de trabalho, com a participação cada vez mais ativa das mulheres, elas ainda são as principais responsáveis pelas atividades relacionadas aos serviços domésticos, incluindo o cuidado dos familiares<sup>16</sup>.

Foi encontrado um estudo que considerou que a existência de mais trabalhadores do sexo masculino em ILPI poderia facilitar os cuidados diários dos idosos, especialmente aqueles que requerem maior esforço físico. Além disso, a presença de cuidadores homens pode favorecer maior empatia com idosos homens, o que pode gerar uma relação mais próxima entre cuidador/idoso<sup>13</sup>.

Com relação à idade dos trabalhadores, deve-se ressaltar sua importância, pois a dependência de muitos idosos (em relação às atividades da vida diária) demanda muito esforço físico, especialmente, dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Não é recomendado que trabalhadores idosos atuem com idosos dependentes<sup>13</sup>. Do total de trabalhadores incluídos nesta pesquisa, apenas dois (2,3%) apresentaram mais que 60 anos e ambos são responsáveis pelos serviços gerais, ocupação que também exige muito esforço físico.

Neste estudo, 59,3% dos trabalhadores apresentaram idade entre 30 e 50 anos, uma constatação de acordo com outros estudos<sup>17,13,14</sup>. Além disso, essa faixa de idade também se justifica por corresponder à maioria da população ativa economicamente<sup>18</sup>.

Quanto ao nível de escolaridade, constatou-se que 26,7% dos participantes possuíam 2º grau completo/incompleto, corroborando outras investigações que destacaram a baixa escolaridade dos trabalhadores das ILPI<sup>17,12,13</sup>. O grau de escolaridade não é exigido pelas ILPI para a contratação dos trabalhadores, o que colabora para uma assistência de baixa qualidade<sup>13</sup>. Pode-se dizer que, de fato, os cursos profissionalizantes para formação de cuidadores e/ou a formação de técnicos de enfermagem voltada ao cuidado de idosos ainda é recente no Brasil.

Este estudo, ao identificar e analisar que os trabalhadores, em especial os das equipes de enfermagem, administram as prescrições médicas (ministrando medicamentos, por exemplo), lidam cotidianamente com situações de urgência e emergência, além das atividades de alimentação e higiene dos idosos, constatou a importância do grau de escolaridade, fator que deve ser levado em conta e muito mais discutido no interior das ILPI atuais. A formação em

serviço é exigência da RDC nº 283<sup>19</sup> e extremamente valiosa para qualificar a assistência ao idoso, sobretudo o dependente.

Notou-se que 41,9% dos trabalhadores participantes deste estudo são os que realizam tarefas de cuidado direto ao idoso, ou seja, são da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos em enfermagem e cuidadores), dado que está de acordo com pesquisas realizadas em outras ILPI do Brasil<sup>20,21</sup>. Tal realidade regional evidencia, portanto, a insuficiência de profissionais da Saúde especializados em Gerontologia, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais da educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais e cirurgiões dentistas, além, obviamente, dos enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Apesar de não obrigatória, a contratação dos referidos profissionais pelas ILPI é de fundamental importância, para que uma equipe multiprofissional possa, de fato, prestar cuidado integral aos idosos institucionalizados<sup>22</sup>.

Estudo com objetivo de investigar a formação profissional dos cuidadores atuantes em ILPI, realizado em Natal/RN, em 2014, revelou que as fragilidades da formação e a baixa remuneração da atividade são fatores que podem levar os cuidadores a buscarem renda adicional, o que enfraquece ainda mais a possibilidade de realizarem cursos de capacitação<sup>13</sup>. A propósito, este estudo revelou que 61,6% dos trabalhadores tinham remuneração entre 1 e 2 salários mínimos e que 29,1% deles possuíam outro emprego. Pode-se, portanto, afirmar que essas condições, além de dificultarem a realização de capacitações extrainstitucionais, geram sobrecarga que pode interferir negativamente na QV dos trabalhadores.

Destaca-se que 100% dos trabalhadores manifestaram interesse em cursos de atualização e que, destes, 59,3% relataram que a ILPI em que atuam os oferecem, fato condizente com a exigência da RDC nº 283<sup>19</sup>, que determina que as ILPI devem realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, a fim de aprimorar tecnicamente os recursos humanos responsáveis pelo cuidado aos idosos. Em contrapartida, acredita-se, que

muitos trabalhadores/cuidadores que formalmente assistem os idosos institucionalizados ainda agem por intuição ou por aprendizagem possibilitada pelo próprio ato do cuidar. Constatou-se que 36% dos trabalhadores deste estudo estavam nas ILPI há mais de cinco anos e que 59,3% possuíam experiência prévia com idosos.

A partir das condições mencionadas, pode-se dizer que, nas instituições pesquisadas, os trabalhadores reconhecem a necessidade de formação, mas também, pelo prolongado tempo de trabalho nas ILPI, vivenciam experiências ininterruptas de aprendizagem, o que pode acarretar a descoberta de suas potencialidades. A rotina institucional/o enfrentamento do dia a dia pode favorecer o aperfeiçoamento do desempenho do trabalhador com o passar do tempo, e ainda os trabalhadores podem reconhecer que a demanda de cuidado se transforma devido à presença ou agravamento das doenças crônicas dos idosos assistidos<sup>23</sup>.

Dos trabalhadores estudados, 89,5% relataram trabalhar em parceria com outros colegas, o que confere características de trabalho em equipe, ou seja, trabalho multiprofissional ou multidisciplinar. Neste, profissionais de distintas especialidades trabalham a favor de um mesmo objetivo. No contexto das ILPI, espera-se que o objetivo de uma equipe multiprofissional seja o bem estar do idoso e seu contexto social<sup>24</sup>. Idosos institucionalizados possuem demandas próprias, inerentes ao processo de envelhecimento e/ou adoecimentos que pode acompanhá-lo. Assim, o trabalho nas ILPI exige interação/integração dos profissionais envolvidos, sendo a comunicação entre eles fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Os requerem uma atenção particular, de uma equipe multiprofissional qualificada e solícita às suas necessidades<sup>25</sup>.

Conforme exposto anteriormente, o tipo de serviço executado pelos trabalhadores (principalmente os que assistem diretamente os idosos dependentes, a maioria dos pesquisados), a sobrecarga exaustiva em função do elevado número de idosos, a carga horária diária e, muitas vezes, o acúmulo de cargos e de tarefas, bem como a pouca valorização ou remuneração do

trabalho podem acarretar em problemas de saúde e, conseqüentemente, afetar de modo negativo a QV do trabalhador e do serviço prestado. Por isso, foi importante avaliar a QV dos trabalhadores, neste estudo. Os resultados do WHOQOL-*Bref*, apresentados na Tabela 4, revelaram trabalhadores com médias próximas a 70% (quanto mais próxima de 100%, melhor), sendo que o domínio ambiente foi o que apresentou os piores resultados (aproximadamente, 60%). Esse domínio é composto pelas facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte). O domínio mais bem definido foi o físico, composto pelas facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; e capacidade de trabalho.

Trabalho que objetivou relacionar a QV e disfunções temporomandibulares de 39 cuidadores de ILPI também verificou maior média no domínio físico e menor, no ambiente<sup>26</sup>. Ainda, o referido estudo apresentou as facetas mais afetadas de cada domínio: no domínio ambiente, as facetas “participação em recreação e lazer” e “insatisfação com a remuneração” tiveram pior média. No domínio físico, as facetas “sono e repouso” e “dependência de medicações e tratamentos” tiveram pior média e a “mobilidade”, melhor média<sup>26</sup>. O presente estudo não apresenta médias por facetas, porém, pode-se dizer que as atividades cansativas, alta carga horária e baixa remuneração contribuíram para redução do tempo para lazer, sono e repouso. Nesses termos, a avaliação da QV pode ser um instrumento para promoção de saúde e um diferencial para a organização dos serviços e dos profissionais da saúde<sup>27</sup>. Assim, aplicação regular deste instrumento, pelos gestores institucionais junto aos trabalhadores das ILPI, pode ser um bom expediente para atenção aos trabalhadores da instituição e aprimoramento da qualidade de serviço por ela prestada.

Vários estudos que avaliaram a QV com o *WHOQOL-Bref* têm apresentado maiores escores para o domínio físico e menores para o domínio ambiente. Um deles foi o estudo junto a profissionais de enfermagem de um hospital geral<sup>28</sup>. Outro foi realizado junto a cuidadores de pacientes dependentes acompanhados por uma equipe de Saúde da Família<sup>29</sup>, bem como um estudo realizado com trabalhadores vinculados a equipes da Estratégia Saúde da Família<sup>30</sup>. Ainda, os achados acerca do domínio ambiente, deste estudo, corroboram outros<sup>31,18</sup> realizados junto a trabalhadores de ILPI. A baixa pontuação pode estar relacionada às condições de trabalho nas instituições (clima, ruídos e poluição), bem como aos atrativos ofertados por elas (remuneração, moradia e transporte). Portanto, a literatura científica tem apresentado resultados indicativos de que o ambiente necessita de maior zelo nas ações de promoção de QV de trabalhadores da saúde<sup>30</sup>.

Por outro lado, constatou-se que os trabalhadores na faixa etária de mais de 50 anos têm maior média de QV no domínio ambiente do que aqueles das outras faixas. Tal resultado, não encontrado em outros estudos, pode ser interpretado pelo fato de quanto mais idade, mais experiência e maior reconhecimento da complexidade do trabalho nas ILPI e, conseqüentemente, maior compreensão da realidade institucional. Contudo, também pode ocorrer por acomodação laboral, pois se sabe que trabalhadores com mais idade apresentam maiores dificuldades para a (re)inserção no mercado de trabalho, assim, adaptam-se com mais facilidade às condições do trabalho que dispõem.

Outro resultado deste estudo, também não encontrado na literatura acerca de QV de trabalhadores da saúde, refere-se ao estado civil: trabalhadores viúvos ou divorciados apresentaram maior média significativa no domínio psicológico do que os solteiros. Convém ressaltar que não houve diferença entre casados e os demais grupos. O domínio psicológico é composto pelas facetas: sentimentos positivos; pensar; aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos;

espiritualidade/religião/crenças pessoais. Como explicar, então, esta diferença entre divorciados/viúvos e solteiros? A propósito, encontrou-se apenas um estudo realizado junto a solteiros que revelou o medo de ficar solteiro como gerador de preocupação, insegurança ou ansiedade em relação a uma experiência atual ou potencial de ficar sem um parceiro romântico<sup>32</sup>. Por tais resultados, ou seja, considerando-se, especialmente o estudo recém referido, pode-se sugerir que os viúvos e divorciados já experimentaram a realidade de ter um relacionamento que lhes proporcionou, total ou parcialmente, menos preocupação, mais segurança e menos ansiedade.

Observou-se que os trabalhadores com experiência prévia com idosos apresentaram maiores médias nos domínios QV Geral, psicológico, relações sociais e ambiente, o que demonstra que conhecer o mundo do idoso facilita o trabalho nas ILPI. Conhecer o universo do idoso, ter empatia com a condição do idoso são fatores que influenciam no desempenho ocupacional e na QV. Além disso, pode-se notar que os trabalhadores atuantes nas ILPI que oferecem cursos de atualização apresentaram maiores escores no domínio físico do que aqueles que atuam em ILPI que não oferecem cursos. Comumente, os cursos oferecidos nas ILPI visam aprimorar técnicas de cuidado, o que favorece as atividades laborais para o trabalhador, com redução do seu desgaste e sobrecarga física.

Ainda, visualizou-se correlação significativa positiva e forte entre todos os domínios de QV para os trabalhadores, deixando claro que, quanto melhor as condições de vida e saúde da pessoa, melhor sua QV. Esse resultado reforça o conceito de QV estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>33</sup>. A QV engloba o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, bem como de relacionamentos sociais, como família e amigos, além de saúde, educação, moradia, saneamento básico, dentre outras situações da vida<sup>33</sup>.

Observou-se neste estudo, a redução do número dos trabalhadores existentes, pois pretendia-se um estudo do universo (n=318), visto que o estudo foi de conveniência. Porém, muitos trabalhadores não aceitaram participar devido à falta de tempo, ou seja, por terem muitas tarefas a serem realizadas no período do trabalho, não julgaram a pesquisa como algo importante. Além disso, perdeu-se de realizar os questionários com muitos trabalhadores atuantes no turno noturno, por falta da oportunidade de os trabalhadores da noite não serem abordados fora de seu turno de trabalho e ainda por limite dos recursos financeiros para pernoite nas cidades da região. Apesar disso, acredita-se que os trabalhadores pesquisados (n=86) nos oferecem uma boa noção do mundo do trabalho nas instituições.

Conclui-se, com este estudo, que, em relação à QV, os trabalhadores atuantes nas ILPI de uma região de saúde do estado do RS apresentaram menor pontuação no domínio meio ambiente e maior no domínio físico, evidenciando que o ambiente no qual esses sujeitos estão inseridos tem contribuído de forma negativa para a sua QV.

O presente estudo pode servir de base para identificar as dificuldades encontradas pelo trabalhador de ILPI no exercício de suas funções, orientando-os, assim, como os gestores para uma melhor organização dos processos de trabalho nas ILPI. Convém lembrar que as ILPI deste estudo eram de natureza filantrópica, o que sugere a conveniência de haver incentivo do poder público para que tais instituições possam aprimorar as condições de trabalho e de assistência aos idosos.

Além disso, ficou evidente que a qualificação técnica para trabalhadores de ILPI é fundamental, já que elas se apresentam como um espaço de trabalho crescente devido ao aumento da população idosa no Brasil e no mundo, necessitando-se, pois, de mais qualificação em gerontologia, de forma a favorecer a vida no contexto da institucionalização. Assim, sugerem-se mais estudos na temática do envelhecimento populacional, especialmente dos indivíduos envolvidos na institucionalização – o idoso, o trabalhador formal e a família do idoso



–, a fim de utilizar de colocar em prática as políticas públicas que propõem o bem-estar e uma melhor QV para os trabalhadores e a população idosa.

## Referências

1. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? a visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
2. Camarano AA, Scharfstein EA. Instituição de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: Camarano, AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 163-86.
3. Kullok AT, Santos ICB. As representações sociais de funcionários de uma instituição de longa permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. *Interface* [periódico na Internet]. 2009 Mar [acessado 2012 Out 28]; 13(28):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a17.pdf>
4. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar. *Saúde soc.* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2019 Mar 22]; 20(2):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf>
5. Mendes GD, Miranda SM, Borges MMC. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Rev. enf. Integrada* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2019 Mar 19]; 3(1):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>
6. Rodrigues CP, Amorim JSC de, Alves LA, Fernandes KBP, Trela CS. Estresse e Qualidade de Vida em Profissionais da Enfermagem. *O Mundo da Saúde* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2019 Mar 20] 40(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>
7. Nardi EFR, Santos LMR, Oliveira MLF, Sawada NO. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciênc. Cuid. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2019 Mar 21]; 11(1):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18864>
8. Mariano PP, Carreira L. Prazer e sofrimento no cuidado ao idoso em instituição de longa permanência: percepção dos trabalhadores de enfermagem. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2016 Out-Dez [acessado 2019 Abr 2]; 20(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160088.pdf>
9. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogra S, Nonnenmacher CQ. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos

em trabalhadores de enfermagem. *Rev. acta paul enferm.* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2019 Abr 2]; 23(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/06.pdf>

10. Queiroz DL, Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicol inf.* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2019 Mar 18];16(6):[cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a05.pdf>

11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2019 Abr 2]; 34(2):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>

12. Silva MP, Falcão DVS. Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Rev. Kairós* [periódico na Internet]. 2014 Set [acessado 2109 Abr 2]; 17(3):[cerca de 21 p.]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/21774/16059>

13. Silva ILS, Machado FCA, Ferreira MAF, Rodrigues MP. Formação profissional de cuidadores de idosos atuantes em instituições de longa permanência. *HOLOS* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2019 Abr 3]; 8:[cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3215>

14. Barbosa LM, Noronha K, Spyrides MHC, Araujo CAD. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *R. bras. est. pop.* [periódico na Internet]. 2017 Maio-Ago [acessado 2019 Abr 2]; 34(2):[cerca de 23 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982017005001104&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982017005001104&script=sci_abstract&tlng=pt)

15. Pascotini FS, Fedosse E. Percepção de estagiários da área da saúde e trabalhadores de Instituições de Longa Permanência de Idosos sobre a institucionalização. *ABCS Health Sci.* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2019 Abr 2]; 43(2)[cerca de 5 p.]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1026/810>

16. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. Estado* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2019 Mar 22]; 27(1):[cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>

17. Colomé ICS, Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Carli R, Winck MT, Nora TTD. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. eletr. enf.* [periódico na Internet]. 2011 Abr-Jun [acessado 2019 Mar 22];13(2):[cerca de 12 p.]. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm>

18. Santos SMC, Oliveira LS, Santos MCSS, Carneiro SR, Santos LLS, Teodori RM. Avaliação da sobrecarga de trabalho e da qualidade de vida de cuidadores de idosos institucionalizados. *Fisioter Bras* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2019 Mar 19];18(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1203/pdf>

19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, DF: ANVISA; 2005.

20. Camarano AA, coordenadora. *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos*: Região Sul. Brasília: IPEA; 2008.
21. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2015; [acessado 2016 Maio 31]; 18(2):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>
22. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, Silva VA, Amaral JB. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2010 Abr 2];21(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf)
23. Kovács MJ. *Educação para a morte*: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
24. Castro VC, Derhun FM, Carreira L. Satisfação dos Idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma Instituição Asilar. *J. res. fundam. Care* [periódico na Internet]. 2013 Out-Dez [acessado 2019 Maio 1];5(4):[cerca de 9 p.]. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2282/pdf\\_1008](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2282/pdf_1008)
25. Fernandes HN, Thofehrn MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [periódico na Internet]. 2015 Jan-Mar [acessado 2019 Maio 2];7(1):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26704>
26. Tano LF. *Cuidadores de idosos institucionalizados: qualidade de vida e disfunção da articulação temporomandibular* [trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho; 2014.
27. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *RBSP* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2019 Maio 2]; 32(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em:
28. Martins MM. *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos 2002* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
29. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2019 Mar 23];7(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>
30. Gessner CLS. Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde da família no sul do Brasil. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [periódico na Internet]. 2013 Jul-Set [acessado 2019 Mar 23];15(3):[cerca de 7 p.]. Disponível em: [www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6323/4657](http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6323/4657)

31. Reis LA, Neri JDC, Araújo LL, Lopes AOS, Cândido ASC. Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosas institucionalizadas. *Rev Baiana Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2019 Mar 22];29(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/12548/pdf\\_123](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/12548/pdf_123)
32. Spielmann SS, MacDonald G, Maxwell JA, Joel S, Peragine D, Muise A, Impett EA. Settling for less out of fear of being single. *J Pers Soc Psychol* [serial on the Internet]. 2013 Dec [acessado 2019 Abr 16];105(6):[about 24 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24128187>
33. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Cult Ment Health* [serial on the Internet]. 1994 23(3):[about 32 p.]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/41344692>

#### 4 ARTIGO 3 – INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

### INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC, HEALTH AND INSTITUTIONALIZATION CONDITIONS ON THE QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY

#### RESUMO

Objetivou verificar a influência das condições sociodemográficas, de saúde e de institucionalização na Qualidade de Vida (QV) de idosos. Participaram 94 idosos de 11 instituições de longa permanência (ILPI), independentes, com deambulação e cognitivo preservados, que responderam dois questionários - dados sociodemográficos e QV (WHOQOL-Bref). Predominância masculina (70,2%), idade média de 73,64 ( $\pm 8,58$ ) anos, sem companheiros (95,7%), com filhos (54,3%), baixa escolaridade (86,2%), profissão rural (36,2%), católicos (81,3%), praticantes da religião (74,5%), com patologias crônicas (69,1%), ansiedade mínima/leve (84%) e sem depressão (62,8%). Institucionalização por vontade própria (37,2%); residentes há menos de dois anos (40,4%), satisfeitos com a ILPI (57,4%), com os atendimentos de saúde prestados (61,7% - “bom”), com trabalhadores (55,4% - “bom”) e moradores (56,4% - “bom”). 77,7% dos idosos recebiam visitas; 95,7% fizeram amizades; 57,4% realizavam mais de três atividades/dia; 74,5% sentiam-se felizes e 55,3% pretendiam sair. Domínio da QV com maior pontuação foi o social e menor, o ambiente. Fatores que influenciaram a QV: idade, prática da religião, níveis de ansiedade e depressão, tempo de institucionalização, satisfação com a ILPI/atendimentos de saúde, relação trabalhadores/residentes, amizades e inimizades, ocupação do tempo e sentimentos sobre a institucionalização (felicidade, arrependimento e desejo de ir embora).

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Assistência a idosos; Instituição de Longa Permanência para idosos; Qualidade de Vida.

#### ABSTRACT

This paper aimed to verify the influence of sociodemographic, health and institutionalization conditions on Quality of Life (QoL) of the elderly. Participants were 94 elderly people from 11 homes for the aged (HA), with preserved ambulation and cognition, who answered two questionnaires: sociodemographic data and QOL (WHOQOL-Bref). Male predominance (70.2%), mean age 73.64 ( $\pm 8.58$ ) years old, without partners (95.7%), with children (54.3%), low schooling (86.2%), rural occupation (36.2%), Catholics (81.3%), religion practitioners (74.5%), with chronic pathology (69.1%), minimal/mild anxiety (84%) and no depression (62.8%). Institutionalization of their own will (37.2%); less than two years living at the institution (40.4%), satisfied with the HA (57.4%), with health care provided (61.7% - “good”), with workers (55.4% - “good”) and dwellers (56.4% - “good”). 77.7% of the elderly received visits; 95.7% made friends; 57.4% performed more than three activities/day; 74.5% felt happy and 55.3% wanted to leave the place. QoL domain with higher score was social and the lowest, environment. Factors influencing QoL were: age, religious practice, anxiety and depression levels, length of institutionalization, satisfaction with HA/health care, workers/dwellers

relationship, friendships and enmities, occupation of time and feelings about institutionalization (happiness, regret and desire to leave).

**Keywords:** Aging; Assistance to the elderly; Homes for the Aged; Quality of life.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento de nível mundial. No Brasil, ocorrem modificações do perfil etário: segundo projeções, o número de pessoas com 60 anos ou mais, em 2025, atingirá 32 milhões, assim, estará em sexto lugar com maior número de idosos (BRASIL, 2014). Tal situação é preocupante, especialmente, à Saúde Pública.

A modificação populacional associada às atuais transformações sociais (inserção da mulher no mercado de trabalho, novas composições familiares e baixa natalidade) gera necessidade da institucionalização dos idosos (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Apesar de o cuidado ao idoso ser obrigação primeira da família, fatores como falta de espaço, recursos, estrutura/capacidade familiar de cuidar ou encontrar cuidador, pobreza, viuvez e o fato de o próprio idoso considerar-se um peso à família podem levar à institucionalização (FONSECA et al., 2011).

Comprometimentos cognitivos, fragilidades e dependências decorrentes do processo de envelhecimento requerem cuidado especializado e, se a família não tem condições de cuidar, maior é o risco da institucionalização (LINI; PORTELLA; DORING, 2016). Idosos institucionalizados apresentam perfil diferenciado: grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia (por incapacidades físicas e mentais), ausência de familiares para o cuidado e insuficiência financeira (RODRIGUES et al., 2016).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) recebem denominações diversas – abrigos, asilos, casas de repouso, clínicas geriátricas – e correspondem aos locais físicos equipados para acolher sob regime de internato (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016). O asilo é a modalidade mais antiga de cuidado ao idoso fora do convívio familiar e, para muitos, a única opção para garantia mínima da vida (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Qualidade de Vida (QV) é um conceito relacionado à percepção pessoal sobre a vida (RODRIGUES et al., 2016); está associada a autoestima, bem-estar e outros fatores como: saúde e independência, nível socioeconômico, estado emocional, relação social, atividade cognitiva, autocuidado, amparo familiar, estímulos culturais, éticos, religiosos, estilo de vida e satisfação com atividades da vida diária. Portanto, a QV inclui fatores relacionados ao bem-

estar (físico, funcional, emocional e mental) e outros elementos fundamentais da vida – trabalho, família, amizades.

A QV engloba cuidados específicos, abrangendo todas dimensões do ser humano e um ambiente propício para relações interpessoais favoráveis, podendo ser concretizada em qualquer contexto e/ou instituição (BÓRQUEZ; ROMERO, 2007). A adaptação à ILPI tem influência na QV dos idosos, estando implícitos vários aspectos, como motivo que o levou à instituição, nível de capacidade funcional, qualidade dos serviços e atendimentos prestados, qualidade dos profissionais, vínculos que podem ser estabelecidos com outros residentes, interações sociais com pessoas externas à instituição (CARVALHO; DIAS, 2011).

Atualmente, a QV e a satisfação/o bem-estar psicológico são primordiais para o envelhecer bem sucedido, que envolve o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do idoso diante das inevitáveis perdas inerentes ao envelhecimento (GOMES NETO; CASTRO, 2012). Por isso, o objetivo desta pesquisa foi verificar a influência das condições sociodemográficas, de saúde e de institucionalização na QV de idosos.

## **MÉTODOS**

Pesquisa observacional, transversal e analítica, com amostragem censitária e análise quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Parecer 2.048.595), realizada entre abril de 2017 e novembro de 2018.

Foram incluídos os idosos (com idade igual ou superior a 60 anos) do sexo masculino e feminino que aceitaram participar, residentes há mais de dois meses nas 11 ILPI filantrópicas da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (4ªCRS-RS), independentes, com deambulação preservada (referida pela equipe), sem déficit cognitivo (constatada pelo Mini-Mental/MEEM) (BRASIL, 2007). A 4ª CRS/RS tem 13 ILPI sem fins lucrativos, distribuídas em 11 de seus 32 municípios. Foram excluídas duas ILPI, uma por estar sob ordem judicial (impedida de realizar investigações) e outra por não aceitar a visita da pesquisadora.

Do município de maior porte (278.000 habitantes), participaram três ILPI; as outras pertenciam a oito municípios de pequeno porte (o maior com 50.600 habitantes e o menor, com 5.000). Foram encontrados 584 residentes, sendo excluídos: 62 por idade inferior a 60 anos, 243 dependentes, 111 por déficits cognitivos, 22 por déficit auditivo severo, 18 porque não estavam presentes nos dias de coleta, 27 por não aceitarem e sete por residirem há menos de dois meses na ILPI, totalizando 94 participantes.

Primeiramente, foram coletadas informações nos prontuários dos idosos na presença do diretor/responsável da ILPI, a saber: nome, idade, sexo, estado civil e grau de dependência. A partir destas, os idosos incluídos foram visitados pela pesquisadora, receberam informações sobre a pesquisa, lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os idosos que aceitaram participar realizaram o MEEM (mais utilizado para rastrear função cognitiva por ser rápido, aproximadamente dez minutos, de fácil aplicação, não requerendo material específico), contendo questões agrupadas em sete categorias, que objetivam avaliar orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de zero ponto (maior grau de comprometimento cognitivo) a 30 (melhor capacidade cognitiva). Foram utilizados pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade: 19 pontos para analfabetos, 23 para idosos com um a três anos de estudo, 24 para idosos com quatro a sete anos de estudo e 28 para aqueles com mais de sete anos de estudo (BRASIL, 2007).

Aqueles que demonstraram cognição preservada no MEEM, visando complementar dados já colhidos, realizaram uma entrevista, abordando dados sociodemográficos, história/evidência de patologias crônicas e dados relativos à motivação e tempo da institucionalização, recebimento de visitas, relacionamento com outros residentes e trabalhadores, satisfação com a ILPI e atendimentos de saúde realizados, bem como sentimentos com relação à moradia. Além disso, foram aplicados o *WHOQOL-Bref* (versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100*, proposto pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a qualidade de vida no adulto) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

A versão brasileira do questionário *WHOQOL-Bref* foi traduzida e validada por Fleck et al. (2000) e é composta por 26 questões sobre QV: duas delas gerais e 24 referentes a cada faceta que compõe o instrumento original. O *WHOQOL-Bref* é composto por quatro domínios, sendo que cada um objetiva analisar, respectivamente, capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente onde vive o sujeito. Além desses domínios, há um que analisa a QV global. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe e resultam em escores finais numa escala de 4 a 20, podendo ser transformados em escala de 0 a 100.

O BAI foi traduzido e validado, no Brasil, por Cunha (2001) e consiste em 21 itens descritivos de sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo. Pergunta-se o quanto a pessoa se incomoda com cada um dos sintomas durante a



semana que passou em uma escala de 1 a 4 (1-Absolutamente não; 2-Levemente: não incomodou muito; 3-Moderadamente: foi desagradável, mas deu para suportar, 4-Gravemente: difícil de suportar). O escore total (resultado da soma dos escores dos itens individuais) pode variar entre 0 e 63 e, assim, classificam-se os níveis de intensidade da ansiedade: 0 a 10 (ansiedade mínima), 11 a 19 (leve), 20 a 30 (moderada) e 31 a 63 (grave). Portanto, quanto maior a pontuação, mais elevado é o grau de ansiedade.

A depressão foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) reduzida, composta por 15 perguntas, cada qual com alternativas (sim e não) com valores atribuídos de 0 a 1 e o escore dado pela somatória total das alternativas. O escore 0-5 revela quadro psicológico normal, 6-10 depressão leve e 11-15 depressão severa (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). A GDS-15 pode ser autoaplicada, porém, por dificuldades de alguns idosos com a leitura/marcação gráfica, a pesquisadora leu e preencheu o instrumento com todos os idosos.

Os dados foram processados no Microsoft Office Excel e analisados no software SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*), versão 15.0. Para verificar a relação das variáveis categóricas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado e Exato de Fischer. Foi realizado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis numéricas, com significância  $p < 0,05$ . Na relação de variáveis com duas amostras independentes, com distribuição normal, utilizou-se teste *t de Student* e, para não normais, Teste *U de Mann-Whitney*. Já nas variáveis com mais de duas amostras, foi aplicado a ANOVA para variáveis normais e o teste de *Kruskal-Wallis* para não normais. Para a relação entre os domínios de QV e as escalas de ansiedade e depressão, foi aplicado o teste de correlação de *Spearman*.

## RESULTADOS

A amostra contou com a participação de 94 idosos residentes nas 11 ILPI da 4ª CRS/RS, sendo a maioria do sexo masculino (70,2%). A média de idade geral dos idosos foi 73,64 ( $\pm 8,58$ ) anos, mínimo 60 anos e máximo 96 anos. A média de idade dos homens foi de 71,88 ( $\pm 7,27$ ), variando de 60 a 96 anos de idade e, dentre as mulheres (29,8%), a média de idade foi de 77,79 ( $\pm 10,06$ ), variando de 63 a 95 anos.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e de saúde (patologias crônicas, ansiedade e depressão) da amostra, em relação à localização das ILPI; não houve associação significativa de nenhuma variável, ou seja, o perfil dos idosos residentes em ILPI do município de médio porte foi o mesmo dos residentes em municípios de pequeno porte da região estudada.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos em relação à localização das ILPI

Variáveis	Total n (%)	Local (Cidades)		p
		Médio Porte n (%)	Pequeno Porte n (%)	
<b>Sexo</b>				
Feminino	28(29,8%)	19(36,5%)	9(21,4%)	0,111
Masculino	66(70,2%)	33(63,5%)	33(78,6%)	
<b>Faixa etária</b>				
60 a 69 anos	34(36,2%)	19(36,5%)	15(35,7%)	0,201
70 a 79 anos	37(39,3%)	17(32,7%)	20(47,6%)	
≥ 80 anos	23(24,5%)	16(30,8%)	7(16,7%)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	39(41,5%)	18(34,6%)	21(50,0%)	0,201
Casado	4(4,3%)	1(1,9%)	3(7,1%)	
Divorciado	23(24,5%)	15(28,8%)	8(19,1%)	
Viúvo	28(29,7%)	18(34,7%)	10(23,8%)	
<b>Possui filhos</b>				
Não	43(45,7%)	21(40,4%)	22(52,4%)	0,246
Sim	51(54,3%)	31(59,6%)	20(47,6%)	
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	16(17,0%)	6(11,5%)	10(23,8%)	0,057
1 a 3 anos de estudo	20(21,3%)	9(17,3%)	11(26,2%)	
4 a 7 anos de estudo	45(47,9%)	26(50,0%)	19(45,2%)	
Mais que 7 anos	13(13,8%)	11(21,2%)	2(4,8%)	
<b>Profissão</b>				
Rural	34(36,2%)	13(25,0%)	21(50,0%)	0,073
Administrativo (público)	6(6,4%)	5(9,6%)	1(2,4%)	
Do lar	14(14,9%)	10(19,2%)	4(9,5%)	
Microempreendedor	24(25,5%)	13(25,0%)	11(26,2%)	
Comerciário	16(17,0%)	11(21,3%)	5(11,9%)	
<b>Religião</b>				
Católica	74(81,3%)	42(82,4%)	32(80,0%)	0,775
Outras religiões	17(18,7%)	9(17,6%)	8(20,0%)	
<b>Pratica a religião</b>				
Sim	70(74,5%)	42(80,8%)	28(66,7%)	0,119
Não	24(25,5%)	10(19,2%)	14(33,3%)	
<b>Possui patologia crônica</b>				
Sim	65(69,1%)	40(76,9%)	25(59,5%)	0,069
Não	29(30,9%)	12(23,1%)	17(40,5%)	
<b>Ansiedade</b>				
Mínima/Leve	79(84,0%)	44(84,6%)	35(83,3%)	0,866
Moderada/Grave	15(16,0%)	8(15,4%)	7(16,7%)	
<b>Depressão</b>				
Normal	59(62,8%)	32(61,5%)	27(64,3%)	0,784
Leve/Severa	35(37,2%)	20(38,5%)	15(35,7%)	

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; ≥: maior e igual.

A Tabela 2 apresenta características da institucionalização em relação à localização das ILPI. Nota-se que existiu associação significativa das variáveis de satisfação com a ILPI e das atividades de lazer e cultura realizadas com a localização da instituição. Há maior satisfação geral dos residentes nas ILPI do município de médio porte (realizam mais atividades de lazer e cultura) do que dos residentes nas de pequeno porte.

Tabela 2 – Características da institucionalização dos idosos em relação à localização das ILPI

Variáveis	Total N (%)	Local (Cidades)		p
		Médio Porte	Pequeno Porte N (%)	
<b>Motivo da Institucionalização</b>				
Vontade própria	15(16,0%)	9(17,3%)	6(14,3%)	0,631
Ser sozinho	35(37,2%)	20(38,5%)	15(35,7%)	
Opção da família	27(28,7%)	16(30,7%)	11(26,2%)	
Doença	17(18,1%)	7(13,5%)	10(23,8%)	
<b>Tempo de ILPI</b>				
< 2 anos	38(40,4%)	22(42,3%)	16(38,0%)	0,283
Entre 2 e 5 anos	22(23,4%)	9(17,3%)	13(31,0%)	
> 5 anos	34(36,2%)	21(40,4%)	13(31,0%)	
<b>Satisfação geral com a ILPI</b>				
Muito bom	23(24,5%)	18(34,6%)	5(11,9%)	0,032*
Bom	54(57,4%)	27(51,9%)	27(64,3%)	
Regular	17(18,1%)	7(13,5%)	10(23,8%)	
<b>Relação com os trabalhadores da ILPI</b>				
Muito bom	32(34,0%)	20(38,5%)	12(28,6%)	0,599
Bom	52(55,4%)	27(51,9%)	25(59,5%)	
Regular	10(10,6%)	5(9,6%)	5(11,9%)	
<b>Nível de satisfação com atendimento de saúde prestado</b>				
Muito bom	25(26,6%)	18(34,7%)	7(16,7%)	0,095
Bom	58(61,7%)	30(57,5%)	28(66,6%)	
Regular	11(11,7%)	4(7,8%)	7(16,7%)	
<b>Relação com os outros moradores</b>				
Muito boa	25(26,6%)	12(23,1%)	13(31,0%)	0,424
Boa	53(56,4%)	29(55,7%)	24(57,1%)	
Regular	16(17,0%)	11(21,2%)	5(11,9%)	
<b>Recebimento - Visitas</b>				
Sim	73(77,7%)	39(75,0%)	34(81,0%)	0,491
Não	21(22,3%)	13(25,0%)	8(19,0%)	
<b>Amizades</b>				
Sim	90(95,7%)	50(96,2%)	40(95,2%)	0,607°
Não	4(4,3%)	2(3,8%)	2(4,8%)	
<b>Inimizades</b>				
Sim	18(19,1%)	13(25,0%)	5(11,9%)	0,109
Não	76(80,9%)	39(75,0%)	37(88,1%)	
<b>Ocupação do tempo</b>				
Não faz nada	12(12,8%)	5(9,6%)	7(16,7%)	0,215
Entre 1 e 2 atividades	28(29,8%)	13(25,0%)	15(35,7%)	
≥3 atividades	54(57,4%)	34(65,4%)	20(47,6%)	
<b>Atividades de lazer/cultura na ILPI</b>				
Sim	90(95,7%)	52(100,0%)	38(90,5%)	0,037*°
Não	4(4,3%)	0(0,0%)	4(9,5%)	
<b>Sentimento de felicidade</b>				
Sim	70(74,5%)	38(73,1%)	32(76,2%)	0,731
Não	24(25,5%)	14(26,9%)	10(23,8%)	
<b>Sentimento de arrependimento</b>				
Sim	9(9,6%)	5(9,6%)	4(9,5%)	0,635°
Não	85(90,4%)	47(90,4%)	38(90,5%)	
<b>Desejo de sair</b>				
Sim	52(55,3%)	29(55,8%)	23(54,8%)	0,922
Não	42(44,7%)	23(44,2%)	19(45,2%)	

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; >: maior; <: menor; \* p<0,05; ° teste exato de Fisher

A Tabela 3 apresenta os escores de QV dos residentes nas ILPI dos municípios de médio e pequeno porte. A QV foi semelhante nas ILPI dos municípios pesquisados. A pior dimensão de QV foi o ambiente e a melhor, a dimensão social.

Tabela 3 – Avaliação das dimensões do WHOQOL-Bref dos idosos em relação à localização da ILPI

Dimensão	Total	Médio Porte	Pequeno Porte	p
	Média (± desvio-padrão)			
<b>QV Geral</b>	60,92(±11,45)	59,73(±11,58)	62,40(±11,25)	0,265
<b>Físico</b>	60,03(±15,84)	59,00(±16,12)	61,31(±15,58)	0,484
<b>Psicológico</b>	61,52(±14,10)	59,61(±13,40)	63,89(±14,74)	0,158°
<b>Social</b>	64,45(±14,83)	62,02(±16,12)	67,47(±12,60)	0,151°
<b>Ambiente</b>	57,68(±13,57)	58,30(±12,23)	56,92(±15,18)	0,627

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; QV: qualidade de vida; ° teste U de Mann-Whitney.

A Tabela 4 apresenta a comparação das dimensões da QV em relação às variáveis sociodemográficas e presença de patologias crônicas de todos os idosos residentes nas ILPI pesquisadas. Observa-se que existiu diferença significativa das faixas etárias em relação aos domínios relações sociais e meio ambiente. Além disso, notou-se diferença nas dimensões de qualidade de vida geral, psicológico e ambiente em relação à prática da religião.

Tabela 4 – Avaliação da comparação das dimensões de QV dos idosos institucionalizados em relação às variáveis sociodemográficas e presença de patologias crônicas (continua)

Variáveis	QV Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
	Média (± desvio-padrão)				
<b>Sexo</b>					
Feminino	59,23(±12,54)	56,00(±15,73)	58,78(±15,35)	65,78(±17,62)	56,35(±15,50)
Masculino	61,64(±10,97)	61,74(±15,69)	62,68(±13,49)	63,89(±13,58)	58,24(±12,75)
p	0,352	0,130°	0,369°	0,228°	0,539
<b>Faixa etária</b>					
60 a 69 anos	58,25(±13,81)	63,44(±17,81)	58,58(±16,81)	56,62(±17,81)	54,31(±14,81)
70 a 79 anos	63,40(±10,81)	57,91(±16,81)	64,41(±12,81)	69,37(±10,81)	61,91(±12,81)
≥ 80 anos	60,88(±8,81)	58,38(±12,81)	61,22(±12,81)	68,12(±11,81)	55,83(±13,81)
p	0,202°	0,291	0,314°	0,001*°	0,045*
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	60,10(±9,92)	60,62(±13,43)	61,00(±13,09)	63,68(±13,31)	55,13(±12,36)
Casado	64,00(±14,51)	62,48(±17,12)	63,58(±11,97)	66,68(±18,02)	63,28(±19,17)
Divorciado	58,66(±15,36)	58,39(±21,31)	58,50(±13,62)	61,60(±18,93)	56,12(±15,43)
Viúvo	63,49(±9,15)	60,20(±14,28)	64,43(±16,10)	67,56(±12,69)	61,72(±12,29)
p	0,430	0,942	0,485°	0,603°	0,299°
<b>Possui filhos</b>					
Não	60,68(±8,99)	61,13(±13,33)	59,98(±13,43)	65,51(±11,00)	56,10(±11,35)
Sim	61,13(±13,26)	59,10(±17,76)	62,82(±14,64)	63,56(±17,48)	59,01(±15,17)
p	0,845	0,528	0,325°	0,925°	0,303

(conclusão)

Variáveis	QV Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
	Média ( $\pm$ desvio-padrão)				
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	56,62( $\pm$ 10,84)	54,68( $\pm$ 16,01)	55,73( $\pm$ 13,34)	63,54( $\pm$ 16,07)	52,55( $\pm$ 11,42)
1 a 3 anos de estudo	60,51( $\pm$ 8,92)	57,32( $\pm$ 14,07)	60,61( $\pm$ 12,12)	66,25( $\pm$ 9,93)	57,81( $\pm$ 12,85)
4 a 7 anos de estudo	62,40( $\pm$ 11,48)	63,02( $\pm$ 15,27)	62,97( $\pm$ 13,86)	64,64( $\pm$ 14,23)	58,96( $\pm$ 14,81)
Mais que 7 anos	61,76( $\pm$ 15,02)	60,45( $\pm$ 19,25)	65,06( $\pm$ 17,71)	62,18( $\pm$ 21,68)	59,36( $\pm$ 12,38)
p	0,274°	0,262	0,255	0,995°	0,414
<b>Profissão</b>					
Rural	61,38( $\pm$ 10,63)	59,34( $\pm$ 16,02)	61,76( $\pm$ 13,08)	67,90( $\pm$ 13,47)	56,53( $\pm$ 11,57)
Administrativo (público)	58,83( $\pm$ 21,50)	58,93( $\pm$ 26,21)	61,80( $\pm$ 23,17)	58,33( $\pm$ 29,81)	56,25( $\pm$ 14,69)
Do lar	59,83( $\pm$ 8,89)	55,87( $\pm$ 12,67)	59,53( $\pm$ 13,32)	67,26( $\pm$ 10,58)	56,68( $\pm$ 17,47)
Microempreendedor	60,11( $\pm$ 11,83)	59,97( $\pm$ 16,21)	60,06( $\pm$ 15,43)	63,20( $\pm$ 14,31)	57,17( $\pm$ 14,94)
Comerciário	62,92( $\pm$ 10,86)	65,63( $\pm$ 12,96)	64,85( $\pm$ 11,79)	58,86( $\pm$ 13,08)	62,31( $\pm$ 11,83)
p	0,815	0,557	0,843	0,225°	0,692
<b>Prática a religião</b>					
Sim	62,42( $\pm$ 10,66)	61,12( $\pm$ 15,51)	63,51( $\pm$ 12,72)	65,60( $\pm$ 13,97)	59,47( $\pm$ 12,46)
Não	56,54( $\pm$ 12,73)	56,84( $\pm$ 16,68)	55,73( $\pm$ 16,47)	61,11( $\pm$ 16,97)	52,47( $\pm$ 15,50)
p	0,029*	0,255	0,018*°	0,272°	0,028*
<b>Possui patologia crônica</b>					
Sim	60,72 ( $\pm$ 9,95)	59,34 ( $\pm$ 14,10)	61,66 ( $\pm$ 13,36)	65,00 ( $\pm$ 14,14)	56,87
Não	61,38 ( $\pm$ 14,44)	61,57 ( $\pm$ 19,36)	61,20 ( $\pm$ 15,87)	63,22 ( $\pm$ 16,45)	59,49
p	0,523°	0,580	0,773°	0,754°	0,391

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos;  $\geq$ : maior e igual;

\*  $p < 0,05$ ; ° teste não-paramétrico.

A Tabela 5 apresenta a comparação das dimensões da QV dos idosos em relação às variáveis da institucionalização. De modo geral, idosos com menor tempo de institucionalização apresentaram menores escores de QV. Quanto à satisfação com a ILPI, verificou-se que existiu diferença em relação à QV geral; também na dimensão física, psicológica e meio ambiente com relação à satisfação geral e com os atendimentos de saúde, idosos que consideraram a ILPI “regular” apresentaram QV inferior aos que responderam “muito boa” ou “boa”. Na relação com os trabalhadores e outros moradores, houve diferença significativa para as dimensões de QV geral e ambiente na primeira e em todas as dimensões da segunda. Quanto pior a satisfação/“regular”, menor a média de QV em todas dimensões. Ter amizades e inimizadas foi significativo na QV – a primeira foi fator de melhora e a segunda, de piora.

Na variável “como utiliza seu tempo”, verificou-se diferença significativa em relação aos domínios de QV geral e ambiente: idosos que realizavam três atividades ou mais referiram melhor QV do que os que não faziam nada. A média de QV em todos os domínios é maior no grupo que fazia mais atividades. Idosos com sentimento de felicidade apresentaram maior QV em todos os domínios (a média de QV destes foi superior à dos que “não se sentiam felizes”). Quanto a “sentirem-se arrependidos”, verificou-se diferença significativa em todos os domínios de QV (os idosos que relataram arrependimento tiveram média de QV menor do que os que não se arrependeram). Houve diferença significativa nos domínios QV geral, psicológico, social e

ambiente: os residentes que “pretendiam deixar a ILPI apresentaram menor QV do que os que têm pretensão de continuar nas ILPI.

Tabela 5 – Avaliação da comparação das dimensões da QV dos idosos em relação às variáveis da institucionalização (continua)

Variáveis	QV Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
	Média (± desvio-padrão)				
<b>Motivo da Institucionalização</b>					
Vontade própria	59,05(±11,88)	61,67(±14,32)	56,39(±17,39)	61,67(±12,90)	56,46(±13,13)
Ser sozinho	60,73(±10,99)	60,01(±17,09)	60,23(±13,27)	65,01(±13,38)	57,67(±12,18)
Opção da família	64,44(±9,65)	62,69(±14,82)	67,74(±11,54)	67,60(±14,31)	59,73(±12,36)
Doença	57,39(±13,88)	54,41(±15,90)	58,84(±14,11)	60,78(±19,49)	55,52(±18,48)
p	0,206	0,420°	0,052°	0,448°	0,767
<b>Tempo de ILPI</b>					
< 2 anos	56,54(±12,46)	54,98(±16,13)	56,68(±14,02)	59,87(±18,06)	54,61(±13,46)
Entre 2 e 5 anos	65,25(±10,34)	65,42(±15,59)	67,61(±12,73)	67,05(±13,96)	60,94(±13,76)
>5 anos	63,02(±9,38)	62,19(±14,38)	62,99(±13,52)	67,90(±9,43)	59,01(±13,23)
p	0,006*	0,028*	0,021*°	0,171°	0,143
<b>Satisfação Geral com a ILPI</b>					
Muito bom	65,52(±9,19)	65,52(±13,51)	65,21(±10,56)	66,67(±13,05)	64,68(±10,80)
Bom	62,57(±9,80)	61,78(±14,99)	64,20(±13,56)	65,59(±12,23)	58,74(±12,32)
Regular	49,46(±12,18)	47,06(±15,16)	48,04(±12,50)	57,85(±22,15)	44,85(±12,55)
p	<0,001*	<0,001*	<0,001*°	0,297°	<0,001*
<b>Relação com os trabalhadores da ILPI</b>					
Muito bom	62,57(±11,65)	61,49(±16,14)	61,59(±14,58)	65,37(±14,37)	61,82(±12,09)
Bom	61,88(±10,20)	60,72(±15,40)	63,06(±13,88)	66,19(±11,49)	57,57(±13,67)
Regular	50,64(±12,84)	51,80(±16,24)	53,32(±11,91)	52,51(±25,18)	45,00(±10,01)
p	0,021*°	0,217	0,132°	0,119°	0,002*
<b>Nível de satisfação com atendimento de saúde prestado</b>					
Muito bom	65,84(±11,58)	65,86(±16,40)	65,67(±13,79)	65,34(±14,36)	66,50(±11,58)
Bom	60,69(±10,65)	59,79(±15,43)	61,42(±13,58)	65,24(±15,39)	56,31(±11,89)
Regular	50,98(±8,99)	48,05(±9,36)	52,65(±14,57)	58,33(±12,37)	44,88(±14,07)
p	0,001*°	0,007*°	0,025*	0,167°	<0,001*
<b>Relação com outros moradores</b>					
Muito bom	66,04(±9,64)	66,28(±15,23)	66,67(±13,61)	67,00(±13,49)	64,26(±10,64)
Bom	60,97(±9,97)	59,16(±14,55)	61,39(±13,41)	66,51(±12,18)	56,78(±13,11)
Regular	52,78(±14,30)	53,13(±18,20)	53,91(±14,37)	53,65(±20,18)	50,39(±15,23)
p	0,001*	0,030*°	0,033*°	0,020*°	0,004*
<b>Recebimento-Visitas</b>					
Sim	60,27(±11,35)	59,39(±14,99)	60,16(±13,58)	64,39(±15,61)	57,15(±14,08)
Não	63,19(±11,78)	62,24(±18,72)	66,26(±15,19)	64,69(±12,04)	59,52(±11,71)
p	0,374°	0,442°	0,103°	0,789°	0,484
<b>Amizades</b>					
Sim	61,61(±11,07)	60,71(±15,60)	62,22(±13,77)	65,10(±14,56)	58,40(±13,25)
Não	45,48(±9,83)	44,65(±15,00)	45,85(±14,01)	50,00(±15,23)	41,40(±11,22)
p	0,011*°	0,067°	0,039*°	0,037*°	0,013*
<b>Inimizades</b>					
Sim	53,27(±13,78)	53,37(±18,55)	52,54(±13,79)	56,48(±17,98)	50,69(±15,36)
Não	62,73(±10,10)	61,61(±14,82)	63,65(±13,40)	66,34(±13,43)	59,33(±12,66)
p	0,001*	0,075*°	0,004*°	0,012*°	0,014*
<b>Ocupação do Tempo</b>					
Não faz nada	52,15(±14,20)	53,58(±16,82)	54,17(±16,37)	55,55(±23,13)	45,31(±8,26)
Entre 1 e 2 atividades	60,23(±10,27)	60,59(±14,03)	61,60(±13,86)	65,49(±15,17)	53,24(±13,94)
≥ 3 atividades	63,23(±10,55)	61,17(±16,43)	63,12(±13,44)	65,90(±11,70)	62,73(±11,77)
p	0,008*	0,319	0,207°	0,263°	<0,001*
<b>Atividades de lazer/cultura na ILPI</b>					
Sim	60,84(±11,33)	59,88(±15,93)	61,57(±13,80)	64,08(±14,92)	57,85(±13,20)
Não	62,68(±15,87)	63,38(±15,26)	60,43(±22,67)	72,90(±10,49)	53,90(±22,72)
p	0,866°	0,668	0,792°	0,169°	0,572
<b>Sentimento de Felicidade</b>					
Sim	64,09(±90,2)	62,65(±90,2)	64,82(±90,2)	67,03(±90,2)	61,88(±90,2)
Não	51,67(±90,2)	52,38(±90,2)	51,90(±90,2)	56,95(±90,2)	45,44(±90,2)
p	<0,001*	0,012*	<0,001*	0,006*	<0,001*
<b>Sentimento de Arrependimento</b>					
Sim	45,00(±14,04)	42,47(±16,59)	47,68(±15,45)	48,16(±22,74)	41,66(±9,52)
Não	62,61(±9,81)	61,89(±14,66)	62,99(±13,22)	66,18(±12,75)	59,38(±12,83)
p	<0,001*	<0,001*	0,007*	0,005*	<0,001*

	(conclusão)				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente
	Média ( $\pm$ desvio-padrão)				
<b>Motivo da Institucionalização</b>					
<b>Desejo de Sair</b>					
Sim	57,60( $\pm$ 12,51)	57,97( $\pm$ 17,43)	57,77( $\pm$ 15,17)	60,58( $\pm$ 16,68)	54,09( $\pm$ 14,39)
Não	65,04( $\pm$ 8,45)	62,59( $\pm$ 13,36)	66,17( $\pm$ 11,17)	69,25( $\pm$ 10,49)	62,13( $\pm$ 11,10)
p	0,001*	0,161*	0,004* <sup>o</sup>	0,006* <sup>o</sup>	0,004*

Legenda: ILPI: Instituições de longa permanência para idosos; <: menor; >: maior;  $\geq$ : maior e igual; \* p<0,05; <sup>o</sup> teste não-paramétrico.

A Tabela 6 apresenta a correlação da QV dos idosos com as escalas de ansiedade e depressão. Verificou-se que existe correlação significativa positiva de todos domínios da QV entre si (à medida que aumenta/diminui um dos domínios da QV, aumentam/diminuem os demais). Ainda, visualizou-se associação significativa negativa entre os domínios de QV e as escalas de ansiedade e depressão (à medida que diminui a ansiedade e a depressão, aumentam todos os domínios de QV e vice-versa).

Tabela 6 – Correlação da Qualidade de Vida dos idosos com as Escalas de Ansiedade e Depressão

	QV geral	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Ansiedade	Depressão
<b>QV geral</b>	1	r=0,747*	r=0,843*	r=0,647*	r=0,801*	r=-0,402*	r=-0,524*
<b>Físico</b>		1	r=0,570*	r=0,247**	r=0,460*	r=-0,411*	r=-0,404*
<b>Psicológico</b>			1	r=0,400*	r=0,605*	r=-0,353*	r=-0,406*
<b>Social</b>				1	r=0,472*	r=-0,208 <sup>#</sup>	r=-0,379*
<b>Ambiente</b>					1	r=-0,252 <sup>##</sup>	r=-0,479*
<b>Ansiedade</b>						1	r=-0,408*
<b>Depressão</b>							1

Legenda: QV: qualidade de vida; \* p<0,001; \*\* p=0,016; # p=0,044; ## p=0,014

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou alta taxa de déficit motor e cognitivo em idosos institucionalizados, perceptível na seleção da amostra, já que 243 idosos foram excluídos porque eram totalmente dependentes e 111 porque não apresentaram bom desempenho no MEEM. Sabe-se que a capacidade funcional e o déficit cognitivo (condições relacionadas à perda da autonomia e da independência) determinam a institucionalização (GÜTHS et al., 2017).

Dentre os idosos incluídos na pesquisa, verificou-se predominância do sexo masculino (70,2%), discordando da maioria dos artigos na área que evidenciam predomínio do sexo

feminino (CAMARANO; KANSO, 2010; ALMEIDA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016; GÜTHS et al., 2017). Mulheres possuem maior expectativa de vida, porém, existe correlação positiva entre o déficit cognitivo associado ao gênero feminino (FERREIRA et al., 2014; CHAVES et al., 2017). Tal fato pode ser explicado pela metodologia da pesquisa – rastreamento de idosos independentes e com bom cognitivo, além do fato de uma das ILPI ser voltada exclusivamente para homens.

Quanto à situação conjugal, obteve-se elevada taxa de idosos sem companheiro (41,5% solteiros; 29,7% viúvos e 24,5% divorciados), situação comum em inquéritos realizados nas ILPI (GÜTHS et al., 2017; BITTAR et al., 2017). Ainda, identificou-se que o principal motivo do idoso residir em ILPI foi a condição de estar sozinho (37,2%). Em contrapartida, 54,3% dos idosos tinham filhos. A existência de família/filhos não assegurou amparo no âmbito domiciliar, reforçando outros estudos que revelaram vulnerabilidade do suporte familiar, possivelmente em função de fatores ligados a mudanças estruturais das famílias, número de membros, crescente taxa de divórcios, participação mais ativa da mulher/historicamente cuidadora no mercado de trabalho (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016), além de falta de espaço ou de outros recursos (FONSECA et al., 2011).

Dos idosos deste estudo, 77,7% recebiam visitas dos familiares, indicando que a maioria das famílias preocupa-se com seu idoso. Esse resultado é significativo, pois o não abandono do idoso na ILPI por parte de sua rede de relações, colabora para que mantenham melhores condições de saúde, de adaptação e participação nas atividades, além de possibilitar ações que integrem as famílias à rotina de cuidados nas ILPI (GÜTHS et al., 2017).

O nível de escolaridade dos idosos foi baixo (17% de analfabetos e 69,2% sem concluir o Ensino Fundamental), assim como de diversos estudos (ALMEIDA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016; GÜTHS et al., 2017; BITTAR et al., 2017). Tal situação de escolaridade é reflexo da estrutura sociocultural de décadas, em que o trabalho braçal, no caso dos homens, e o doméstico, no das mulheres, superavam a formação profissional possibilitada pela escolarização (ALMEIDA et al., 2015). Ainda, o presente estudo revelou predominância do trabalho rural (36,2%) tanto para homens quanto para mulheres.

A QV mostrou-se semelhante em todas as ILPI: “razoável” em todos os domínios, considerando-se o ponto de corte de 60 (SILVA et al., 2014). O domínio com pior impacto na QV foi o ambiental ( $57,68 \pm 13,57$ ), dado também encontrado em outras pesquisas com idosos institucionalizados (PEREIRA et al., 2016; MOREIRA, 2014). Tal resultado pode ser interpretado pelo fato de que, quando institucionalizado, o idoso perde seus pertences particulares/memórias da vida (VITORINO; PASKULIN; VITORINO; PASKULIN;



VIANNA, 2012). Sua nova moradia se reduz ao seu quarto, muitas vezes compartilhado com outros moradores, e a espaços comuns, como salas de estar/TV e refeitórios. Essa nova realidade/novo ambiente dificulta/modifica a vida do idoso, ocasionando, muitas vezes, perda de identidade e de intimidade (MOREIRA, 2014).

O domínio de melhor impacto na QV foi o social ( $64,45 \pm 14,83$ ), situação também encontrada em outros estudos que mostraram idosos satisfeitos com suas relações pessoais, suporte de apoio social e desempenho de sua atividade sexual (PEREIRA et al., 2016; UYENO et al., 2016). Esse alto escore pode ser explicado pelo fato de muitos idosos reconhecerem a ILPI como abrigo, assim, residir em uma ILPI pode ser mais prazeroso do que estar só em sua residência, especialmente porque viviam sozinhos/não recebiam a atenção necessária para manutenção da vida.

Quando às condições de saúde, foi identificado que 69,1% dos idosos apresentam doenças crônicas, assim como em outros estudos que mostram grande frequência de tais doenças (GÜTHS et al., 2017; MARIN et al., 2012). Importante destacar que, pela metodologia aplicada neste estudo, a influência da doença sobre a vida do idoso não resultou em dependência física, cognitiva e/ou comprometimento afetivo-emocional. A propósito, o nível de ansiedade apresentou-se mínimo/leve em 84% dos idosos e 62,8% não apresentaram quadro depressivo. Constatou-se que, quanto maior o nível de ansiedade e depressão, menor foi a QV – danos provocados por esses sintomas tornam-se relevantes, pois abreviam a vida social e diminuem a independência dos idosos (OLIVEIRA; ANTUNES; OLIVEIRA, 2017). Acredita-se que a população excluída da amostra possa ter índices mais elevados de ansiedade e depressão, pois são dependentes e possuem déficit cognitivo.

Neste estudo, predominaram idosos que residiam na instituição por menos de dois anos (40,4%), dado semelhante ao estudo de Uyeno et al. (2016). Os autores sugeriram que, quando a institucionalização ocorre em idade mais avançada e em presença de doenças crônicas, podem levar ao óbito ou aparecimento de novas doenças, diminuindo a extensão da vida dentro das ILPI. Isso também pode explicar o fato de uma minoria possuir mais de 80 anos. A média de idade dos idosos deste estudo foi de  $73,64 \pm 8,58$  anos, com maior prevalência entre 70-79 anos, concordando com outros estudos (PEREIRA et al., 2016; UYENO et al., 2016; GÜTHS et al., 2017; BITTAR et al., 2017). Os idosos entre 60-69 anos apresentaram escores de QV significativamente inferiores nos domínios social e ambiente. Sugere-se que, por serem “idosos jovens”, sem limitações físicas e/ou cognitivas, poderiam estar na comunidade, trabalhando e relacionando-se com outras pessoas. A percepção é a de que a ILPI os “prende”, pois a rede de relacionamentos diminui e o ambiente propicia ociosidade e dependência.

O tempo de institucionalização dos idosos deste estudo colaborou positivamente na QV (domínios geral, psicológico e físico), indicando, como em outras investigações, que à medida que o tempo de institucionalização passa, melhor se torna a QV (TAVARES; ARAÚJO; DIAS, 2011; PEREIRA et al., 2016). Isso pode ser devido ao período de adaptação dos idosos à institucionalização – inicialmente, mostram-se mais resistentes à rotina das imposições e, gradativamente, ocorre o disciplinamento (processo de “mortificação do eu”) e o ajustamento à realidade institucional (SOUZA; INÁCIO, 2017). A ILPI pode, então, transformar-se para o idoso como ambiente que simboliza sua casa, com função social específica e lugar especializado para cuidados fundamentais à vida (MOREIRA, 2014).

Quanto à religião, 81,3% dos idosos declararam ser católicos e 74,5% praticantes (geralmente nas salas ecumênicas das instituições). Houve diferença estatística significativa dos idosos praticantes de religião: escores de QV geral, psicológico e ambiente maiores do que os não praticantes, concordando com Bittar e colaboradores (2017), que identificaram a influência indireta da espiritualidade na QV de idosos institucionalizados (apesar de não ser determinante na definição de QV). Destacaram, ainda, que a espiritualidade favoreceu o enfrentamento e a resignação da proximidade do fim da vida, guiando valores para a vida e promovendo a crença da existência além do corpo, facilitando o relacionamento entre os idosos.

No que se refere às atividades realizadas na ILPI, 57,4% realizavam mais de três atividades; apenas 12,8% relataram total ociosidade. Verificou-se diferença significativa quanto aos domínios de QV e ambiente: quem fazia atividades revelou melhor QV. A média de QV em todos os domínios foi maior no grupo mais ativo. Estudo realizado em três ILPI da região central do RS constatou que muitos idosos permaneciam grande parte do dia ociosos ou em atividades passivas (deitado, sentado, cochilando), caracterizando preocupação, visto os agravos que a inatividade física e mental pode trazer (MEDEIROS; COPETTI, 2012).

Quando questionados sobre satisfação em relação à ILPI, relação com os trabalhadores e com os atendimentos prestados pela equipe, as respostas prevalentes foram “boa”, sendo que os idosos das ILPI do município maior apresentaram satisfação significativamente melhor com relação às ILPI dos municípios menores. Essa satisfação positiva nas ILPI pesquisadas pode estar relacionada a problemas familiares, falta de local para residir, doenças, dentre outros (CHAIMOWICZ; GRECO, 1999). As variáveis satisfação com ILPI e com atendimento de saúde demonstrou diferença em relação a QV geral, física, psicológica e ambiente: os idosos que consideraram a ILPI e o atendimento “regular” apresentaram QV inferior do que os que responderam “muito boa” ou “boa”. Já com relação à satisfação com os trabalhadores da instituição, houve diferença significativa para as dimensões de QV geral e ambiente: os idosos

com percepção “regular” apresentaram menor QV que os que apresentaram satisfação “muito boa” ou “boa”.

A maioria dos idosos classificou seu relacionamento com os outros residentes como “bom”; 95,7% fizeram amizades e 20% fizeram inimizadas. Existiu diferença significativa para as dimensões de QV geral, psicológica, social e meio ambiente: idosos que fizeram amizades apresentaram maior QV nessas dimensões quando comparados aos que não fizeram amizades. Nos que fizeram inimizadas, a QV foi inferior em relação aos que não fizeram inimizadas. Além disso, para a variável relação com os outros moradores, existiu diferença significativa em todas as dimensões de QV: os idosos que têm relação “regular” com colegas da instituição apresentaram menor QV do que os que relataram ter uma relação “muito boa” ou “boa”. Esses dados reforçam a importância do relacionamento social para o bem-estar físico e mental. Sabe-se que viver em uma instituição pode favorecer o desenvolvimento de novos relacionamentos com os trabalhadores e outros residentes. Porém, nem sempre as relações são recíprocas, já que as pessoas vêm de diferentes contextos sociais, econômicos e culturais, de modo que os comportamentos individuais podem motivar atração ou rejeição (PALACIOS-CEÑA et al., 2014).

Constatou-se que as ILPI situadas no município de médio porte realizavam mais atividades de lazer-cultura do que as dos municípios menores. Levantamento censitário realizado em ILPI de todo o território nacional, entre 2007-2009, destacou que a oferta de atividades que geram renda, lazer e/ou cursos gerais era pouco frequente nas ILPI brasileiras (menos de 50%), apesar do importante papel dessas atividades, pois promovem integração entre os residentes/exercício social (CAMARANO; KANSO, 2010). O município de médio porte conta com instituições de ensino que desenvolvem estágios/atividades de formação profissional nas ILPI, o que sugere o maior número de atividades propostas aos idosos, favorecendo maior convivência e, inclusive, intergeracional.

Quanto à condição de institucionalizados, 74,5% dos idosos afirmaram sentirem-se felizes e 10% arrependidos. Mesmo sendo alta a prevalência de felizes, 55,3% desejam deixar a ILPI. Estudo qualitativo recente entrevistou cinco residentes de uma ILPI de SC, revelando o desejo frequente de os idosos retornarem à casa de origem, apesar da gratidão pela assistência recebida na ILPI – não considerada como um lar (SOUZA; INÁCIO, 2017). Verificou-se, neste estudo, diferença significativa para todos os domínios de QV entre os idosos “felizes” e “não felizes” com sua moradia na ILPI: a média de QV dos idosos felizes foi superior à dos que “não se sentiam felizes”. Os dados dos idosos “arrependidos” de morarem na ILPI apresentaram diferença significativa para todos os domínios de QV (média de QV inferior aos idosos não

arrependidos). Aqueles que pretendem “sair da ILPI um dia” apresentaram diferença significativa para os domínios QV geral, psicológico, social e ambiente (menor escore de QV do que idosos que não têm pretensão de sair da ILPI, sendo apenas o domínio físico não afetado por essa questão).

A QV abrange autoestima, bem-estar, saúde, independência, nível socioeconômico, estado emocional, relação social, atividade cognitiva, autocuidado, amparo familiar, estimas culturais, éticas e religiosas, estilo de vida, satisfação com atividades de vida diárias e ambiente em que vive, dentre outros (BÓRQUEZ; ROMERO, 2007). Os resultados deste estudo parecem apontar para uma QV razoável dos idosos institucionalizados – o domínio com maior pontuação foi o social e o com menor, o ambiente. Fatores que influenciaram a QV foram: idade, prática religiosa, níveis de ansiedade e depressão, tempo de institucionalização, satisfação geral com a ILPI, com os atendimentos de saúde prestados, relação com os trabalhadores e outros residentes, amizades e inimizades, tempo ocupado e sentimentos de felicidade, arrependimento e desejo de sair da ILPI. Assim, reforça-se a importância da humanização do cuidado, adequação do ambiente físico e das relações nas ILPI, além da qualificação dos profissionais da equipe, visando melhores práticas e, conseqüentemente, maior QV. Esta pesquisa apresentou como limitação a inclusão de idosos independentes/bom cognitivo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1999000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1999000300013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- ALMEIDA, R. L. S. et al. Instituição de longa permanência para idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos. *Revista Saúde.com*, v. 11, n. 2, p. 162-173, 2015. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/359>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- BITTAR, C. M. L. et al. Qualidade de vida e sua relação com a espiritualidade: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 195-209, maio/ago. 2017. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/7020>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- BÓRQUEZ, P.; ROMERO, C. El paciente oncológico geriátrico. *Revista Chilena Cirugía*. v. 59, n. 6, p. 467-471, 2007. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000600015](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000600015)>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e Saúde da pessoa idosa*, n. 19. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção, Defesa dos Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília, DF, 2014.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CAMARANO, A.; KANSO, A. A. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233- 235, jan./jun. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982010000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014)>.

Acesso em: 28 maio 2019.

CARVALHO, M. P. R. S.; DIAS, M. O. Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, Portugal, v. 1, n. 40, p. 161-184, 2011. Disponível em:

<<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1209/1/Adapta%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Idosos.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2016.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101999000500004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101999000500004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 6 jun. 2019.

CHAVES, R.N. et al. Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 01-09, jan/mar 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48497>>. Acesso em: 6 jun. 2019.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FERREIRA, L. S. et al. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014003>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Revista Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)>. Acesso em: 7 jun. 2019.

FONSECA, A. C. C. et al. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. *Brasília Médica*, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=639302&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

GOMES NETO, M.; CASTRO, M.F. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 18, n. 4, jul/ago, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922012000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922012000400003)>. Acesso em: 15 maio 2019.

GÜTHS, J. F. S. et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000200175&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200175&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601004&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2012, 15(1):147-154. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100016&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jun. 2019.

MEDEIROS, P. A.; COPETTI, F. O estudo do uso do tempo de idosos institucionalizados. Artigo (Especialização)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

MOREIRA, P. L. *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. 2014. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde)-Faculdade Universidade Federal da Bahia – Escola de Nutrição, Salvador, 2014.

OLIVEIRA, D. V.; ANTUNES, M. D.; OLIVEIRA, J. F. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*, v. 18, n. 4, p. 316-322, 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/9951>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

PALACIOS-CEÑA, D. et al. A qualitative study of the relationships between residents and nursing homes nurses. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, n. 3-4, p. 550-559, fev. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24175894>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

PEREIRA, V. B. et al. Uso das versões do questionário WHOQOL para aferição da qualidade de vida de idosos que residem em instituições de longa permanência. *Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde*, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2016. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/77370011-Uso-das-versoes-do-questionario-whoqol-para-afericao-da-qualidade-de-vida-de-idosos-que-residem-em-instituicoes-de-longa-permanencia.html>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

RODRIGUES, C. P. et al. Estresse e qualidade de vida em técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 180-188, 2016. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/estresse\\_qualidade\\_vida\\_tecnicos\\_auxiliares.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/estresse_qualidade_vida_tecnicos_auxiliares.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2019.

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt\\_0034-8910-rsp-48-3-0390.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0390.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2019.

SOUZA, R. C. F. S.; INÁCIO, A. N. Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 12, n. 1, São João Del Rei, jan-abr. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-89082017000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082017000100015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jun. 2019.

TAVARES, S. M. D.; ARAÚJO, O. M.; DIAS, A. F. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba-MG. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 74-81, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9897>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

UYENO, D. Y. et al. Nível de qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência – Lar dos Velhinhos, Maringá/PR. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, p. 119-124, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/7763>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 6, p. 1-9, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600022&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600022&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jan. 2019.





## 5 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou avaliar as condições estruturais e de prestação dos serviços das ILPI existentes na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, bem como as condições de vida e saúde de seus trabalhadores e idosos residentes. A partir disso, buscou analisar as condições de prestação de serviços das ILPI, destacando-se a estrutura física, os recursos humanos e residentes – assim, os trabalhadores e idosos foram caracterizados sociodemograficamente e em termos de qualidade de vida e saúde.

As 11 ILPI sem fins lucrativos, incluídas na pesquisa, atendem parcialmente aos critérios da RDC nº 283 da ANVISA (BRASIL, 2005), principalmente nos critérios de infraestrutura, recursos humanos, porcentagem da aposentadoria dos idosos e atividades de lazer e cultura. Com relação aos trabalhadores das ILPI, a QV foi considerada razoável, com menor pontuação no domínio ambiente e maior no domínio psicológico, evidenciando que o ambiente tem contribuído de forma negativa na sua QV. Com relação aos idosos residentes, a QV também foi considerada razoável, com menor pontuação no domínio ambiente e maior no social, sendo que idade, prática religiosa, níveis de ansiedade e depressão, tempo de institucionalização, satisfação geral com a ILPI com os atendimentos de saúde prestados, relação com os trabalhadores e outros residentes, amizades e inimizades, tempo ocupado e sentimentos de felicidade, arrependimento e desejo de sair da ILPI foram fatores que influenciaram a QV dos idosos.

É fundamental a discussão técnico-científica sobre a responsabilidade das ILPI e a sua forma de manutenção, já que, na presente pesquisa, constatou-se o difícil e quase solitário trabalho dos administradores e trabalhadores das ILPI. Acredita-se também que a mobilização da sociedade como um todo possa melhorar a qualidade das ILPI, a QV dos trabalhadores e dos idosos institucionalizados.

O presente estudo forneceu bases para identificar as principais dificuldades encontradas pelo trabalhador de ILPI no exercício de suas funções, orientando-os, assim como os gestores, para uma melhor organização dos processos de trabalho nas ILPI. Convém lembrar que as ILPI deste estudo eram de natureza filantrópica, o que sugere a conveniência de haver incentivo do poder público para que tais instituições possam melhorar suas condições de trabalho e de assistência aos idosos. Além disso, ficou evidente que a qualificação técnica para trabalhadores de ILPI é fundamental, já que elas se apresentam como um espaço de trabalho crescente, devido ao aumento da população idosa no Brasil e no mundo, necessitando-se, pois, de mais qualificação em Gerontologia, de forma a favorecer a vida no contexto da institucionalização.

Sugerem-se mais estudos na temática do envelhecimento populacional, especialmente dos sujeitos envolvidos na institucionalização (o idoso, o trabalhador formal e a família do idoso), com outros métodos e cenários (inclusive abordando o sistema privado), abrangendo outras regiões do estado e também do país, com o propósito de utilizar de forma apropriada as políticas públicas que propõem o bem-estar e QV para os trabalhadores e a população idosa. Assim, reforça-se a importância da humanização do cuidado, adequação do ambiente físico e das relações nas ILPI, além da qualificação dos profissionais da equipe, visando melhores práticas e, conseqüentemente, maior QV de todos os envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaço e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea, 2004.

ALMEIDA, R. L. S. et al. Instituição de Longa Permanência para Idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos. **Revista Saúde.com**, v.11, n.2, p.162-173, 2015. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/359/289>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ALVES, M. B. et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. e20160337, p. 1-8, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2018.

AMBROSI, C. et al. Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. **Psychogeriatrics**, v. 19, n. 1, p. 55-64, Jan. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30221438>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

ARAÚJO, M. O. P. H. **O autocuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência**. 2003. 280 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Unicamp, Campinas, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

AZEEM, F.; NAZ, M. A. Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. **Pakistan Journal of Psychological Research**, v. 30, n. 1, p. 111-130, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5f4d/2e70597e24ee492289542b7f560c6f569541.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, v. 23, p. 611-696, 1987. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/a679/a5b95dc3c0f5e4e75b7d3b0077a39b97e4c4.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging: perspective from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BARROS, T. V. P. et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 3, p. 176-180, 2016. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/908/750>>. Acesso em: 11 maio 2018.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, p. 893-897, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199>>. Acesso em: 24 jul 2018.

BERZINS, M. A. S.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A Assistência Social na Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 107-133.

BESSA, M. E. P. et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 177-182, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/2012nahead/ape469.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BORGES, M. G. S. et al. Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 5, p. 1073-1079, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n5/v15n5a03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BORN T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETO M. et al. (Orgs.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403-13.

BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. **Seminário Velhice Fragilizada**. São Paulo: SESCSP, 2006. Disponível em: <<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/artigos/TO-MIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2018.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idosos institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 768-77.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei 8.842/94. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 22 de Outubro 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria nº 2.854, de 20 de julho de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jul. 2000. Disponível em: <[www.renipac.org.br/port2854.html](http://www.renipac.org.br/port2854.html)>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 22 out. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, DF: ANVISA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**, n. 19. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 25 set. 2017.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa. **Sinais Sociais**, v. 3, n. 7, p.10-39, 2008. Disponível em: <<http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d1ffd2ffb2/07.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4d2e81b4-674e-4f75-b4ab-a9d1ffd2ffb2>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p.233-235, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2018.

CARDOSO, M. S. S. A fiscalização das ILPIS e sua contribuição para a efetivação dos direitos dos idosos. 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2015.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2019.

CASTRO, V. C.; DERHUN, F. M.; CARREIRA, L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 493-02, out-dez 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2282/pdf\\_1008](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2282/pdf_1008)>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COPLEY, S. J. et al. Lung morphology in the elderly: comparative CT study of subjects over 75 years old versus those under 55 years old. **Radiology**, v. 251, n. 2, p. 566-73, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19401580>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

ELIAS, S. M. S. Prevalence of Loneliness, Anxiety, and Depression among Older People Living in Long-Term Care: a review. **International Journal of Care Scholars**, v. 1, n. 1, p. 39-43, 2018. Disponível em: <<https://journals.iium.edu.my/ijcs/index.php/ijcs/article/view/44>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. 2. ed. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1976.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p.51-59, 2002. Disponível em: <[bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/...](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/...)>. Acesso em: 2 jul. 2018.

FERNANDES, M.; ANDRADE, A.; NÓBREGA, M. Antecedents of frailty in the elderly: a systematic revision. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2847/649>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

FERREIRA, L. L. et al. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 17, n. 2, p. 373-386, dez. 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/27641/25389>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

FLEIG, T. C. M.; OLIVEIRA, M. R. Avaliação da funcionalidade de idosos institucionalizados: relação entre a MIF e a ICF. **Cinergis**, v. 18, n. 3, jul-set 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8902/6098>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

FLUETTI, M. T. et al. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 60-69, Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt\\_1809-9823-rbgg-21-01-00060.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n1/pt_1809-9823-rbgg-21-01-00060.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

FONSECA, A. C. C. et al. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. **Revista Brasília Médica**, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011. Disponível em: <<http://www.rbm.org.br/details/238/pt->

BR/perfil-epidemiologico-de-idosos-e-fatores-determinantes-para-a-admissao-em-instituicoes-de-longa-permanencia-no-distrito-federal>. Acesso em: 14 jul. 2018.

FREIRE JUNIOR, R. C; TAVARES, M. de F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 147-158, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2019.

FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. C. de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

GIACOMIN, K. C. O envelhecimento e os desafios dos cuidados de longa duração. In: Seminário internacional sobre políticas de cuidado de longa duração para pessoas idosas no Brasil, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1738-1746, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/07.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2019.

GROISMAN, D. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 2, p. 67-87, 1999. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/5476/3111>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

GÜTHS, F.S. et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n2/pt\\_1809-9823-rbagg-20-02-00175.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n2/pt_1809-9823-rbagg-20-02-00175.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2019.

HARTMANN JUNIOR, J. A. S. **Depressão em idosos institucionalizados**: características clínicas, variáveis psicossociais e qualidade de vida. 2012. 196 f. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco. 2012.

HARTMANN JÚNIOR, J. A. S; Gomes, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. **Ciências & Cognição**, v. 21, n. 1, p. 137-154, 2016. Disponível em: <[http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1028/pdf\\_72](http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1028/pdf_72)>. Acesso em: 3 fev. 2019.

HENDY, S. **Longevity**: will we enjoy a long life or will ageism spoil it? Toronto - Canadá: International Federation on Ageing, 2015. Disponível em: <<http://www.ifa-fiv.org/Blog/page/7/>> Acesso em: 15 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2018**: características dos moradores e

domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 2 set. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência no Brasil**. Brasília (DF): IPEA/Presidência da República, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil**: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Brasília (DF): IPEA/Presidência da República, 2011.

JEREZ-RÓIG, J. et al. Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. **Experimental Aging Research**, v. 42, n. 5, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27749211>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

JESUS, I. S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 285-292, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/12.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Brasília, DF: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

LEE, N. V. G. P.; GRAAF, P. v de; HOPKINS, E. Health of the UK population in 2040. **The Lancet**, v. 386, p. 643-644, 2015. Disponível em: <[http://www.fsk.it/attach/Content/News/5890/o/news\\_150817\\_1.pdf](http://www.fsk.it/attach/Content/News/5890/o/news_150817_1.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LENARDT, M. H. et al. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidadores profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 117-123, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6853>>. Acesso em: 4 maio 2019.

LOCATELLI, P. A. P. C. As representações sociais sobre a velhice na perspectiva dos usuários de uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 65-82, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6107/pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MARIANO, P. P. et al. Organização do trabalho de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos: relação com o prazer e sofrimento laboral. **Texto Contexto de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p.756-765, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-2015001150014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-2015001150014.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2019.

MARIANO, P. P.; CARREIRA, L. Prazer e sofrimento no cuidado ao idoso em instituição de longa permanência: percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160088, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160088.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/16.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2019.



MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

MOREIRA, J. de O. Mudanças na Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento : Reflexões Preliminares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 28, n. 4, p. 451-456, out-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/03.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório: Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2017**. Brasil, 2017.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: \_\_\_\_\_. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e perspectivas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc SP, 2007. p. 33-46.

NEU, D. K. M. et al. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 418-423, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24217/16224>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

OLIVEIRA, B. S.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S. M. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 575-587, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00575.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

PAPALÉO NETTO, M. Estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 03-13.

PASCOTINI, F. S.; FEDOSSE, E. Percepção de estagiários da área da saúde e trabalhadores de Instituições de Longa Permanência de Idosos sobre a institucionalização. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 2, p. 104-109, 2018. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abchs/article/view/1026/810>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

PAWLINA, M. M. C. et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 113-120, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0113.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 229-36, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PEREIRA, V. B. et al. Uso das versões do questionário WHOQOL para aferição da qualidade de vida de idosos que residem em instituições de longa permanência. **Jornal de Ciências Biomédicas**, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2016. Disponível em: <[publicacoes.factus.edu.br/index.php/saude/article/view/24](http://publicacoes.factus.edu.br/index.php/saude/article/view/24)>. Acesso em: 19 jun. 2019.

PESTANA, L. C.; ESPÍRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 268-275, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2019.

PIEXAK, D. R. et al. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 201-208, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/03.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2019.

RINCO, M.; BESTETTI, M. L. T. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 397-415, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/28641/20111>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do estado do Rio Grande do Sul. Mapa da 4ª região de saúde do RS. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/4-crs-santa-maria>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de Economia e Estatística. Censo Demográfico: Rio Grande do Sul e Brasil; nota técnica nº 3, 2019. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//nota-tecnica-demografia-se-plag.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2019.

RODRIGUES, C. P. et al. Estresse e qualidade de vida em técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos. **O Mundo da Saúde**, v. 40, n. 2, p.180-188, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/estresse\\_qualidade\\_vida\\_tecnicos\\_auxiliares.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/estresse_qualidade_vida_tecnicos_auxiliares.pdf)>. Acesso em: 4 abr. 2019.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00259.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2019.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SAMPAIO, A. M. O. et al. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. **Estudos e pesquisas psicológicas**, v.11, n.2, p.590-613, 2011. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8396/6214>>. Acesso em: 3 maio 2019.

SANTOS, S. S. C. et al. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. **Revista Enfermagem UFPE**, v.2, n.3, p.291-299, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1537/PDF%20n%C2%BA%2018.PDF?sequence=1>>. Acesso em: 2 mar. 2019.

SARIN, K. et al. Depression and Hopelessness in Institutionalized Elderly: A Societal Concern. **Open Journal of Depression**, v. 5, p. 21-27, 2016. Disponível em: <[http://www.scirp.org/html/1-2720081\\_69767.htm](http://www.scirp.org/html/1-2720081_69767.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SCHARFDTEIN, E. A. **Instituições de Longa Permanência**: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea. 2006. 134 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva *Life-Span*. **Estudos de Psicologia**, v. 29, supl. 1, p. 647s-655s, outubro 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/01.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontologist**, v. 5, p. 165-73, 1986. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/1988-34658-001>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

SILVA, B. T. et al. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 4, p. 118-125, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4865/3583>>. Acesso em: 12 maio 2017.

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 775-781, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/10.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, I. L. S. et al. Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em Instituições de Longa Permanência. **HOLOS**, v. 8, ano 31, p. 342-356, 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3215/1333>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

SIQUEIRA, G. R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2018.

SOARES, S. C. V.; FERREIRA, F. C. Acessibilidade de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Perquirere**, v. 2, n. 13, p. 240-246, 2016. Disponível em: <<https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/issue/view/108/Revista%20Perquirere%20n.%2013%2C%20vol.%202%2C%20dez.%202016>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

SOUZA, C. C. et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 285-293, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/08.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

TAVARES, M. F. **Trabalho e longevidade**: como o novo regime demográfico vai mudar a gestão de pessoas e a organização do trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2015.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe na abordagem da pessoa idosa nos serviços de atenção básica em saúde. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. (Orgs.). **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 1-8.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-9, abr-jun2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n2/05.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

VERAS, M. L. M. et al. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 113-122, abr-maio-jun. 2015. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/.../\\_6](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/.../_6)>. Acesso em: 4 jul. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas**: avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VIEIRA NETO, Z.; CARRÉRA, M. Análise da arquitetura inclusiva nas Instituições de Longa Permanência em Recife-PE. **Architecton**, v. 3, n. 4, p. 104-130, 2013. Disponível em: <<https://www.faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/arquitetura/article/view/330/313>>. Acesso em: 11 maio 2016.

WATANABE, H. A. W.; DI GIOVANNI, V. M. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 47, p. 69-71, 2009. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a17\\_bisn47.pdf](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a17_bisn47.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2017.

YESAVAGE, J. Á. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal Psychiatric Research**, v.17, n.1, p.37-49, 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

## APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/RS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**

PESQUISADORES ENVOLVIDOS: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elenir Fedosse (orientadora) e Doutoranda Fisioterapeuta Fernanda dos Santos Pascotini.

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa “INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E RESIDENTES” que tem como objetivo avaliar as condições de prestação de serviços pelas instituições de longa permanência para idosos, bem como as condições de vida e saúde de seus trabalhadores e residentes.

Este estudo será realizado nas ILPI filantrópicas da 4ª região do Rio Grande do Sul, englobando 32 municípios. Para que este seja realizado, necessitamos de sua colaboração no sentido de fornecer seu consentimento, após os devidos esclarecimentos que nos propomos a apresentar, a seguir. A pesquisa conta com três partes: 1) avaliação da estrutura, gestão e prestação de serviços das ILPI; 2) caracterização dos trabalhadores das ILPI; 3) caracterização da saúde geral dos idosos residentes nas ILPI.

**Parte 1:** A estrutura, gestão e condições de prestação de serviços das ILPI serão avaliadas através de questionário que deverá ser preenchido pelo diretor responsável pelo local. O questionário consta de questões sobre: dados gerais da instituição, quadro funcional, residentes, gastos e financiamentos, estrutura física, convênios com outras instituições, entre outras.

**Parte 2:** A caracterização dos profissionais atuantes nas ILPI será realizada através de questionários preenchidos por eles mesmos (perfil socioeconômico, formação profissional, tempo de atuação, qualidade do serviço prestado, qualidade de vida).

**Parte 3:** A caracterização da saúde geral dos idosos residentes nas ILPI filantrópicas será realizada por meio de questionários, testes e protocolos (perfil sociodemográfico, história de saúde pregressa e atual, variáveis antropométricas, alimentação, cognição, capacidade funcional, qualidade de vida e qualidade do sono).

Todas as avaliações serão realizadas pelos próprios pesquisadores, em cada ILPI, sendo que estas serão avisadas dos dias das visitas.

Estes procedimentos poderão causar riscos mínimos para os diretores, profissionais e idosos (poderão sentir-se cansados ao final dos questionamentos, entrevistas e as avaliações). Acredita-se que os profissionais e idosos serão beneficiados com as questões e avaliações e, caso sejam identificadas necessidades de cuidado em saúde, serão encaminhadas para serviços públicos de atendimento. Nenhuma avaliação implicará despesa financeira (todas são gratuitas).

Os pesquisadores informam, ainda, que a participação desta Instituição na pesquisa estará sendo totalmente assegurada, quanto ao aspecto do sigilo da identidade da Instituição e dos participantes. As informações clínicas coletadas e resultados obtidos na pesquisa apenas serão divulgados em meio científico, sem qualquer identificação dos sujeitos participantes. Afirmam, também, que a participação dos envolvidos no estudo poderá ser suspensa a qualquer momento, sem prejuízo à sua pessoa.

A Instituição filantrópica de Longa Permanência para Idosos

---

representada por \_\_\_\_\_ está esclarecida e ciente das finalidades do estudo realizado, portanto, dando consentimento para que a coleta de dados seja realizada.

---

Ass. do responsável pela Instituição

---

Pesquisadora

Santa Maria, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2016

**Pesquisador Responsável:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elenir Fedosse  
Fone/fax para contato: (55) 32208659

**Endereço Profissional: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM**  
**Campus Universitário – Centro de Ciências da Saúde – Prédio 26 – sala 1432 – 4º andar**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

De qual ILPI? \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Ligação com a ILPI: ( ) diretor(a) ( ) profissional ( ) residente

### 2. DADOS SOBRE A PESQUISA

A acadêmica de Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal da Santa Maria (UFSM), Fernanda dos Santos Pascotini, orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elenir Fedosse, está desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES E RESIDENTES”.

O projeto será realizado nas ILPI filantrópicas da 4<sup>a</sup> região do Rio Grande do Sul, que conta com 32 municípios. O objetivo do estudo é avaliar as condições de prestação de serviços pelas ILPI, bem como as condições de vida e saúde de seus trabalhadores e residentes.

Se você for diretor(a) da ILPI: Você deverá preencher um questionário referente à ILPI: dados gerais da instituição, quadro funcional, residentes, gastos e financiamentos, estrutura física, convênios com outras instituições,...

Se você for trabalhador atuante na ILPI: Você deverá preencher um questionário composto por: perfil socioeconômico, formação profissional, tempo de atuação, qualidade do serviço prestado e qualidade de vida.

Se você for residente: Você responderá alguns questionamentos com relação à: características gerais (idade, sexo, ocupação profissional, religião, patologias, cirurgias prévias,...), alimentação, qualidade de vida, qualidade do sono, motivos que os levaram a morar em uma ILPI. Realizará também medidas de peso e altura.

Obs: aqueles idosos que não estiverem aptos a responder perguntas e participar dos testes, serão avaliados por meio dos seus prontuários, sendo excluídos das atividades que não puderem realizar. Aqueles que não puderem assinar esse termo, precisarão da assinatura de seu responsável.

Os profissionais e idosos serão beneficiados com as avaliações e, caso necessitem, serão encaminhadas para serviços públicos de atendimento. Nenhuma avaliação implicará em despesas financeiras (gratuitas). Estes procedimentos não causarão nenhum risco para nenhum participante, sendo que os mesmos somente poderão sentir-se cansados ao final das avaliações.

Sua identidade será preservada sob qualquer hipótese, inclusive quando a pesquisa for divulgada. Você não terá nenhuma despesa pela sua participação e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Os dados coletados serão armazenados sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dra. Elenir Fedosse, orientadora e pesquisadora responsável durante cinco anos e após este período serão destruídos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que estou de acordo em participar deste projeto de pesquisa, livre de qualquer tipo de constrangimento, pois fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa, e da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo de qualquer ordem.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_ aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Número do RG

Doutoranda Fernanda dos Santos Pascotini – Telefone: (55)99918156.

Prof<sup>a</sup> Dra. Elenir Fedosse – Telefone: (55)91510973.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, telefone: 3220- 9362.



## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS TRABALHADORES DE ILPI

- Iniciais do nome:.....
- Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
- Data de nascimento: ..... Idade: .....
- Naturalidade: .....
- Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo
- Número de filhos: .....
- Religião: .....
- Grau de escolaridade:.....
- Formação profissional:.....
- Possuía experiência com idosos antes de trabalhar nesta instituição ?  
 ( ) sim ( ) não
- Assinale com um “x” os motivos que o levaram a trabalhar em uma ILPI:
- ( ) bem estar com o trabalho
- ( ) falta de oportunidade de emprego em outros locais
- ( ) sustento próprio
- ( ) simpatia pelos idosos
- ( ) outro. Qual ? \_\_\_\_\_
- Cargo que exerce na instituição: .....
- Tempo de trabalho na instituição: .....
- Jornada de trabalho (horas por dia):.....
- Quantas folgas na semana (dias):.....
- Remuneração mensal:
- ( ) até 1 salário mínimo
- ( ) entre 1 e 2 salários mínimos
- ( ) entre 2 e 3 salários mínimos
- ( ) mais de 3 salários mínimos
- Possui outro emprego além desta Instituição?  
 ( ) Sim ( ) Não
- Marque com um “x” as atividades que você executa no seu cotidiano trabalho:
- ( ) higiene íntima
- ( ) higiene bucal
- ( ) banho dos idosos
- ( ) administração de alimentação
- ( ) auxílio para idosos se vestirem
- ( ) administração de medicação
- ( ) transferências (da cama para cadeira, mudanças de decúbito,...)
- ( ) verificação dos sinais vitais
- ( ) realização de curativos
- ( ) secretaria
- ( ) captação de recurso
- ( ) manutenção do prédio e mobiliários
- ( ) cuidados com jardim e horta
- ( ) lavagem das roupas
- ( ) serviços gerais
- ( ) preparo da alimentação

- costura e organização de roupas
- escuta dos idosos
- prestação de serviços especializado em saúde. Área \_\_\_\_\_
- outro(s). Qual(is) ? \_\_\_\_\_

Você trabalha em parceria com outros profissionais?  
 Sim Qual(is) \_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_ ( )  
Não Por quê? \_\_\_\_\_

A Instituição que você trabalha estimula a realização de cursos de atualização ou educação continuada na área da saúde do idoso ?

- Sim. Qual(is) \_\_\_\_\_
- Não

Você tem interesse em realizar cursos de atualização ou educação continuada na área da saúde do idoso ?

- Sim. Qual(is) \_\_\_\_\_ ( )
- Não

Marque com um "x" as principais dificuldades encontradas no seu trabalho:

- fazer outros serviços não ligados aos idosos
- pouco conhecimento sobre as necessidades dos idosos
- atividades exaustivas/cansativas
- falta/pouco tempo para realização das atividades
- relacionamento com idosos
- estrutura inadequada da instituição para desenvolvimento das atividades profissionais
- pouca mão de obra (poucos fazendo muito)
- horário de administração das medicações
- horário de administração das alimentações
- jornada de trabalho
- salário baixo
- outro(s). Qual(is) \_\_\_\_\_

Sugestões para aprimoramento do seu trabalho:

.....  
.....  
.....  
.....

Cite, pelo menos um, aspecto positivo do envelhecimento:

.....  
.....  
.....  
.....

Cite, pelo menos um, aspecto negativo do envelhecimento:

.....  
.....  
.....  
.....

Cite, pelo menos um, aspecto positivo da institucionalização de idosos:

.....  
.....  
.....  
.....

Cite, pelo menos um, aspecto negativo da institucionalização de idosos:

.....  
.....  
.....  
.....

Muito Obrigada pela colaboração!



## APÊNDICE D – ENTREVISTA: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI

Nome Completo:.....

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Data de Nascimento:.....Idade: .....

Naturalidade: .....

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo

Número de filhos: .....

Sabe ler e escrever ? ( ) Sim ( ) Não

Escolaridade:.....

Profissão exercida: .....

Você possui alguma renda? ( ) Sim ( ) Não

Qual o valor da sua renda mensal? R\$ .....

Qual a origem da sua renda ?(Permite mais de uma alternativa)

( ) Aposentadoria por idade

( ) Aposentadoria Funrural

( ) Aposentadoria por tempo de serviço

( ) Aposentadoria por doença / invalidez

( ) Pensão

( ) BPC (Benefício de Prestação Continuada)

( ) Poupança

( ) Aluguéis

( ) Aplicação financeira

( ) Ajuda de familiares

( ) Não sabe

( ) Outra. Qual(is).....

Você repassa sua renda para a instituição?

( ) Sim, integral

( ) Sim, parcial

( ) Não

Religião: .....

Participa de atos religiosos ? ( ) Sim ( ) Não

Onde .....

Quem o leva, na maioria das vezes ? .....

Possui parentes vivos ? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem (grau de parentesco): .....

Você recebe visitas ? ( ) Sim ( ) Não

De quem ? .....

Com quem morava antes de vir para a instituição? .....

Quais os principais motivos de vir morar na instituição ?

( ) Por própria vontade

( ) Por opção da família

( ) Por ser sozinho

( ) Falta de cuidador na família

- Dificuldades financeiras na família  
 Dificuldade de relacionamento familiar  
 Por doença  
 Outro(s). Qual(is)?.....  
 Quem é o seu responsável? .....

Qual a sua principal preocupação hoje?

- O dia de amanhã (Futuro)  
 Não tem preocupações  
 Lazer  
 Saúde  
 Independência/autonomia  
 Segurança  
 Dinheiro  
 Amigos  
 Família  
 Alimentação  
 Amor  
 Religião  
 Não sabe  
 Outra(s). Qual(is)

Recebe atendimento médico regular?

- Sim. Qual(is) especialidade(s)? .....  
 Não

Qual sua pressão arterial frequente? .....

Pressão aferida ..... Frequência Cardíaca ..... Saturação de O<sub>2</sub>.....

Temperatura..... Ausculta Pulmonar..... Data do último Hemograma .....

Hemácias .....

Hemoglobina.....

Hematócrito.....

VCM .....

HCM.....

CHCM.....

RDW.....

Leucócitos.....

Bastões.....

Segmentados.....

Linfócitos.....

Monócitos.....

Eosinófilos.....

Basófilos.....

Plaquetas.....

Tabagismo  passado  atual

- 1) Seus pais fumavam ?  S  N
- 2) Idade do início do tabagismo: .....
- 3) Tempo de Tabagismo: .....
- 4) Como você compra seu cigarro? .....

5) Gostaria de parar de fumar? ( ) S ( ) N

Por quê? .....

Se você ainda fuma, assinale algum sintoma que você apresenta:

- ( ) tosse ( ) falta de ar em repouso ( ) falta de ar aos esforços  
 ( ) catarro ( ) dificuldade de sentir cheiros ( ) dificuldade de sentir gosto  
 ( ) dor no peito ( ) tremores ( ) nariz congestionado ( ) outro (s)

Alcoolismo ( ) passado ( ) atual

1) Seus pais bebiam? ( ) S ( ) N

2) Idade do início do alcoolismo: \_\_\_\_\_

3) Tempo de uso de bebida alcoólica: \_\_\_\_\_

4) Como você compra sua bebida?

5) Gostaria de parar de beber? ( ) S ( ) N

Por quê? .....

Outras drogas ( ) passado ( ) atual

1) Seus pais utilizavam outras drogas? ( ) S ( ) N

2) Idade do início do consumo e outras drogas: .....

3) Tempo de uso: .....

4) Como você compra? .....

5) Gostaria de parar de usar outras drogas? ( ) S ( ) N

Por quê? .....

Patologias

diagnosticadas: .....  
 .....  
 .....  
 .....

Medicações que

utiliza: .....  
 .....  
 .....  
 .....

Cirurgias prévias e/ou

necessárias: .....  
 .....  
 .....

Recebe atendimento de outro profissional da saúde regularmente?

( ) Sim. Qual(is) especialidade(s)? .....

( ) Não

De acordo com as respostas acima e os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, este idoso seguirá participando da coleta de dados (análise da pesquisadora):

( ) Sim ( ) Não





## APÊNDICE E – ENTREVISTA: SATISFAÇÃO GERAL DO IDOSO COM RELAÇÃO À ILPI

Nome Completo:.....

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Data de nascimento:..... Idade: .....

Há quanto tempo está residindo nesta Instituição ? .....

Como você avalia esta instituição ?

( ) muito boa

( ) boa

( ) regular

( ) ruim

Quanto à estrutura física da Instituição, o que você acha que deveria melhorar ?

( ) nada

( ) quartos

( ) banheiros

( ) salas de convívio

( ) pátio

( ) horta

( ) jardins

( ) refeitório

( ) cozinha

( ) outro(s). Qual(is) \_\_\_\_\_

Descreva o que especificamente precisa melhorar no(s) local(is) assinalado(s)

acima: .....

.....

.....

.....

.....

Como você avalia a limpeza da Instituição:

( ) muito boa

( ) boa

( ) regular

( ) ruim

Existe um profissional encarregado somente pela limpeza? ( ) S ( ) N

Descreva o que especificamente precisa melhorar na

limpeza: .....

.....

.....

.....

.....

Você pode lavar suas roupas ? ( ) S ( ) N

Você tem acesso à lavanderia ( ) S ( ) N

Suas roupas tem o seu nome? ( ) S ( ) N

Você adquire roupas novas? ( ) S ( ) N Como?.....  
 Você reforma suas roupas? .....  
 Recebe ajuda?.....  
 De quem?.....

Quantas refeições você faz por dia? .....  
 As refeições são suficientes ou você fica com fome? ( ) S ( ) N  
 Os horários das refeições lhe agradam? ( ) S ( ) N  
 A comida é boa? ( ) S ( ) N  
 Você sente prazer em comer? ( ) S ( ) N  
 Sua alimentação é de acordo com seu desejo? ( ) S ( ) N  
 Sua alimentação é compatível com seu estado de saúde? ( ) S ( ) N

Como você diria que é a qualidade do seu sono?

- ( ) muito boa
- ( ) boa
- ( ) regular
- ( ) ruim

Você precisa de medicação para dormir? ( ) S ( ) N

Existe algum fator que atrapalha seu sono? .....

Você decide a hora de ir para a cama/dormir? ( ) S ( ) N

Você decide a hora de acordar? ( ) S ( ) N

Você precisa de ajuda para tomar banho e realizar a higiene pessoal? ( ) S ( ) N

Se sim, quem lhe ajuda? .....

Você tem horário para tomar banho ou pode escolher? .....

Com relação à beleza e higiene:

Quem faz as suas unhas? .....

Com que frequência?.....

Quem corta seu cabelo?.....

Com que frequência?.....

Você paga por estes serviços? ( ) S ( ) N

Como você considera a sua saúde?

- ( ) muito boa
- ( ) boa
- ( ) regular
- ( ) ruim

Você recebe acompanhamento médico na Instituição? ( ) S ( ) N

Qual a especialidade?.....Com que frequência? .....

Você tem acesso a todos os medicamentos que necessita? ( ) S ( ) N

Você tem acesso a outras terapias? ( ) S ( ) N

Se sim, quais:

- ( ) Fisioterapia
- ( ) Fonoterapia
- ( ) Psicologia
- ( ) Terapia Ocupacional

( ) Outro(s). Qual(is)? .....

Você possui plano de saúde? ( ) S ( ) N

Como você considera sua relação com os trabalhadores da Instituição?

- ( ) muito boa  
 ( ) boa  
 ( ) regular  
 ( ) ruim

Você é bem tratado pelos trabalhadores desta instituição? ( ) S ( ) N

Como você avalia os atendimentos prestados pela equipe de saúde?

- ( ) muito bom  
 ( ) bom  
 ( ) regular  
 ( ) ruim

Qual(is) aspecto(s) você acha que poderia(m) melhorar? .....

Como você considera sua relação com os demais moradores da Instituição?

- ( ) muito boa  
 ( ) boa  
 ( ) regular  
 ( ) ruim

Você fez amizades aqui? ( ) S ( ) N

Você tem inimizades aqui? ( ) S ( ) N

Como utiliza seu tempo?

- ( ) Não faz nada  
 ( ) Joga cartas ( ) outros jogos  
 ( ) Realiza atividades domésticas  
 ( ) Realiza trabalhos manuais (crochê, tricô, desenho, pintura, bordado, jardinagem e outros)  
 ( ) Assiste TV  
 ( ) Bate-papo  
 ( ) Ouve rádio/música  
 ( ) Lê (livros ( ) revistas ( ) jornais  
 ( ) Dança/baile  
 ( ) Outra (descreva):.....

A Instituição faz atividades diferentes eventualmente? ( ) S ( ) N

Quais os tipos de atividades realizadas que você mais gosta? .....

Você sai da Instituição eventualmente? ( ) S ( ) N

Com que frequência? .....

Com que finalidade? .....

Com quem? .....

Quais aspectos positivos de residir nesta Instituição? .....

.....  
.....

Quais aspectos negativos de residir nesta Instituição?

.....  
.....  
.....  
.....

Você sente-se feliz morando nesta Instituição? ( ) S ( ) N

Arrepende-se de ter vindo morar aqui? ( ) S ( ) N

Gostaria de sair daqui um dia? ( ) S ( ) N

Obrigada pela colaboração!

## **ANEXO A – RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005**

**(Publicada em DOU nº 186, de 27 de setembro de 2005)**

A **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso I, alínea “b” § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:

considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;

considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;

considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;

considerando a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos,

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º. O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação,

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

### **REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS INSTITUÇÕES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS**

#### **1. OBJETIVO**

Estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

## **2. ABRANGÊNCIA**

Esta norma é aplicável a toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.

## **3. DEFINIÇÕES**

3.1 – Cuidador de Idosos- pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar atividades da vida diária.

3.2 – Dependência do Idoso – condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

3.3 - Equipamento de Auto-Ajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

3.4 – Grau de Dependência do Idoso

- a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

3.5 – Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

3.6 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

## **4. CONDIÇÕES GERAIS**

4.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido neste regulamento técnico.

4.2 – A instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes.

4.3 - A instituição deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

4.3.1 - Observar os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde;

4.3.2 - Preservar a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

4.3.3 – Promover ambiência acolhedora;

4.3.4 – Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência;

4.3.5 - Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local;

4.3.6 - Favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações;

4.3.7 - Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente;

4.3.8 – Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos;

4.3.9 - Promover condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais.

4.3.10 - Desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes.

4.4 - A categorização da instituição deve obedecer à normalização do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Coordenador da Política Nacional do Idoso.

#### 4.5. Organização

4.5.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir alvará sanitário atualizado expedido pelo órgão sanitário competente, de acordo com o estabelecido na Lei Federal nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977 e comprovar a inscrição de seu programa junto ao Conselho do Idoso, em conformidade com o Parágrafo Único, Art. 48 da nº Lei 10.741 de 2003.

4.5.2 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

- a) Estatuto registrado;
- b) Registro de entidade social;
- c) Regimento Interno.

4.5.3 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve possuir um Responsável Técnico - RT pelo serviço, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.

4.5.3.1 - O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior

4.5.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei nº 10.741 de 2003.

4.5.5 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve organizar e manter atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social.

4.5.6 – A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

4.5.6.1 A instituição que terceirizar estes serviços está dispensada de manter quadro de pessoal próprio e área física específica para os respectivos serviços.

#### 4.6 – Recursos Humanos

4.6.1 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:

4.6.1.1 – Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.

4.6.1.2 – Para os cuidados aos residentes:

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

4.6.1.3 – Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

4.6.1.4 – Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m<sup>2</sup> de área interna ou fração por turno diariamente.

4.6.1.5 – Para o serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

4.6.1.6 – Para o serviço de lavanderia: um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

4.6.2 – A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.

4.6.3 – A Instituição deve realizar atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.



#### 4.7 – Infra-Estrutura Física

4.7.1 - Toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal competente.

4.7.2 - A Instituição deve atender aos requisitos de infra-estrutura física previstos neste Regulamento Técnico, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas neste Regulamento.

4.7.3 – A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido na Lei Federal 10.098/00.

4.7.4 – Quando o terreno da Instituição de Longa Permanência para idosos apresentar desníveis, deve ser dotado de rampas para facilitar o acesso e a movimentação dos residentes.

4.7.5 - Instalações Prediais - As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

4.7.6 - A instituição deve atender às seguintes exigências específicas:

4.7.6.1 - Acesso externo - devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço.

4.7.6.2 - Pisos externos e internos (inclusive de rampas e escadas) - devem ser de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante.

4.7.6.3 - Rampas e Escadas - devem ser executadas conforme especificações da NBR 9050/ABNT, observadas as exigências de corrimão e sinalização.

a) A escada e a rampa acesso à edificação devem ter, no mínimo, 1,20m de largura.

4.7.6.4 - Circulações internas – as circulações principais devem ter largura mínima de 1,00m e as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m; contando com luz de vigília permanente.

- a) circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão dos dois lados;
- b) circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.

4.7.6.5 - Elevadores – devem seguir as especificações da NBR 7192/ABNT e NBR 13.994.

4.7.6.6 - Portas - devem ter um vão livre com largura mínima de 1,10m, com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

4.7.6.7 – Janelas e guarda-corpos - devem ter peitoris de no mínimo 1,00m.

4.7.7 - A Instituição deve possuir os seguintes ambientes :

4.7.7.1 – Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.

- a) Os dormitórios de 01 pessoa devem possuir área mínima de 7,50 m<sup>2</sup>, incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente.
- b) Os dormitórios de 02 a 04 pessoas devem possuir área mínima de 5,50m<sup>2</sup> por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes.
- c) Devem ser dotados de luz de vigília e campainha de alarme.
- d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas e 0,50m entre a lateral da cama e a parede paralela.
- d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas. **(Redação dada pela Resolução – RDC nº 94, de 31 de dezembro de 2007)**
- e) O banheiro deve possuir área mínima de 3,60 m<sup>2</sup>, com 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, não sendo permitido qualquer desnível em forma de degrau para conter a água, nem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos.

4.7.7.2 Áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I, II e que atendam ao seguinte padrão:

- a) Sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m<sup>2</sup> por pessoa
- b) Sala de convivência com área mínima de 1,3 m<sup>2</sup> por pessoa

4.7.7.3 Sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m<sup>2</sup>

4.7.7.4 – Banheiros Coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT.

a) As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos devem ter vãos livres de 0,20m na parte inferior.

4.7.7.5 - Espaço ecumênico e/ou para meditação

4.7.7.6 - Sala administrativa/reunião

4.7.7.7 - Refeitório com área mínima de 1m<sup>2</sup> por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília.

4.7.7.8 - Cozinha e despensa

4.7.7.9 – Lavanderia

4.7.7.10 – Local para guarda de roupas de uso coletivo

4.7.7.11 – Local para guarda de material de limpeza

4.7.7.12 - Almojarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m<sup>2</sup>.

4.7.7.13 – Vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo.

a) Banheiro com área mínima de 3,6 m<sup>2</sup>, contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração.

b) Área de vestiário com área mínima de 0,5 m<sup>2</sup> por funcionário/turno.

4.7.7.14 -Lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta.

4.7.7.15 - Área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (*solarium* com bancos, vegetação e outros)

4.7.7.16 - A exigência de um ambiente, depende da execução da atividade correspondente.

4.7.8 - Os ambientes podem ser compartilhados de acordo com a afinidade funcional e a utilização em horários ou situações diferenciadas.

## **5 – PROCESSOS OPERACIONAIS**

### **5.1 – Gerais**

5.1.1 - Toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho, que contemple as atividades previstas nos itens 4.3.1 a 4.3.11 e seja compatível com os princípios deste Regulamento.

5.1.2 - As atividades das Instituições de Longa Permanência para idosos devem ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e aspectos sócio-culturais do idoso e da região onde estão inseridos.

5.1.3 – Cabe às Instituições de Longa Permanência para idosos manter registro atualizado de cada idoso, em conformidade com o estabelecido no Art. 50, inciso XV, da Lei 1.0741 de 2003.

5.1.4 – A Instituição de Longa Permanência para idosos deve comunicar à Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere, bem como ao Ministério Público, a situação de abandono familiar do idoso ou a ausência de identificação civil.

5.1.5 - O responsável pela instituição deve manter disponível cópia deste Regulamento para consulta dos interessados.

### **5.2 – Saúde**

5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

5.2.2 - O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

5.2.2.1 - Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

5.2.2.2 - Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção;

5.2.2.4 - conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes.

5.2.3 – A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

5.2.4 – A Instituição deve comprovar, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde.

5.2.5 – Cabe ao Responsável Técnico - RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

5.2.6 A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso

5.2.7 – Em caso de intercorrência médica, cabe ao RT providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal.

5.2.7.1 – Para o encaminhamento, a instituição deve dispor de um serviço de remoção destinado a transportar o idoso, segundo o estabelecido no Plano de Atenção à Saúde

### 5.3 – Alimentação

5.3.1 A Instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias.

5.3.2 – A manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento e distribuição dos alimentos devem seguir o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

5.3.3 - A instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos seguintes procedimentos:

- a) limpeza e descontaminação dos alimentos;
- b) armazenagem de alimentos;  
preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação;
- c) boas práticas para prevenção e controle de vetores;
- d) acondicionamento dos resíduos.

#### 5.4 – Lavagem, processamento e guarda de roupa

5.4.1 - A instituição deve manter disponíveis as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo, que contemple:

- a) lavar, secar, passar e reparar as roupas;
- b) guarda e troca de roupas de uso coletivo.

5.4.2 – A Instituição deve possibilitar aos idosos independentes efetuarem todo o processamento de roupas de uso pessoal.

5.4.3 – As roupas de uso pessoal devem ser identificadas, visando a manutenção da individualidade e humanização.

5.4.4 – Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

#### 5.5 – Limpeza

5.5.1 - A instituição deve manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade

5.5.2 – A instituição deve manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes;

5.5.3 – Os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na Anvisa/MS

### **6. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

6.1 - A equipe de saúde responsável pelos residentes deverá notificar à vigilância epidemiológica a suspeita de doença de notificação compulsória conforme o estabelecido no Decreto nº. 49.974-A - de 21 de janeiro de 1961, Portaria Nº 1.943, de 18 de outubro de 2001, suas atualizações, ou outra que venha a substituí-la.

6.2 – A instituição deverá notificar imediatamente à autoridade sanitária local, a ocorrência dos eventos sentinelas abaixo:

6.2.1 – Queda com lesão

6.2.2 – Tentativa de suicídio

6.3 – A definição dos eventos mencionados nesta Resolução deve obedecer à padronização a ser publicada pela Anvisa, juntamente com o fluxo e instrumentos de notificação.

### **7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES**

7.1 – A constatação de qualquer irregularidade no funcionamento das instituições deve ser imediatamente comunicada a vigilância sanitária local.

7.2 -. Compete às Instituições de Longa Permanência para idosos a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento da instituição.

7.3. A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade em idosos residentes	$(\text{Número de óbitos de idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal
2	Taxa incidência <sup>2</sup> de doença diarreica aguda <sup>3</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal
3	Taxa de incidência de escabiose <sup>4</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de novos casos de escabiose em idosos residentes no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal
4	Taxa de incidência de desidratação <sup>5</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de idosos que apresentaram desidratação} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal
5	Taxa de prevalência <sup>6</sup> de úlcera de decúbito em idosos residentes	$(\text{Número de idosos residentes apresentando úlcera de decúbito no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal
6	Taxa de prevalência de desnutrição <sup>7</sup> em idosos residentes	$(\text{Número de idosos residentes com diagnóstico de desnutrição no mês} / \text{Número de idosos residentes no mês}^1) * 100$ [%]	Mensal

<sup>1</sup> - População exposta: considerar o número de idosos residentes do dia 15 de cada mês.

<p><sup>2</sup> - Taxa de incidência: é uma estimativa direta da probabilidade ou risco de desenvolvimento de determinada doença em um período de tempo específico; o numerador corresponde aos novos casos, ou seja, aqueles iniciados no período em estudo.</p>
<p><sup>3</sup> - Doença diarreica aguda: Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.</p>
<p><sup>4</sup> - Escabiose: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.</p>
<p><sup>5</sup> - Desidratação: (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causadas por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da supra-renal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).</p>
<p><sup>6</sup> - Taxa de prevalência: mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.</p>
<p><sup>7</sup> - Desnutrição: Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.</p>

7.4. Todo mês de janeiro a instituição de Longa Permanência para idosos deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do ano anterior

7.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

## 8. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

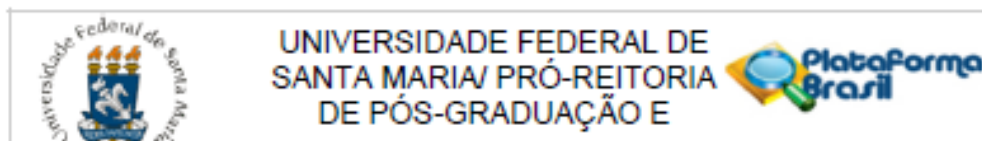
8.1. As instituições existentes na data da publicação desta RDC, independente da denominação ou da estrutura que possuam, devem adequar-se aos requisitos deste Regulamento Técnico, no prazo de vinte e quatro meses a contar da data de publicação desta.

## 9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. LEI Nº. 10.741/2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.
- BRASIL. LEI Nº. 8.842/1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.
- BRASIL. DECRETO Nº. 1.948/1996 – Regulamenta a Lei 8.842 de 1994 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.
- BRASIL. PORTARIA Nº. 73, DE 2001 - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil, Secretaria de Políticas de Assistência Social Departamento de Desenvolvimento da Política De Assistência Social, Gerência de Atenção a Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
- BRASIL. LEI Nº. 6.437, 1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.
- BRASIL. DECRETO Nº 77052, de 1976 - Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1976.



## ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFSM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Instituições de Longa Permanência para Idosos e condições de vida e saúde de seus trabalhadores e residentes

**Pesquisador:** Elenir Fedosse

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57772916.3.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

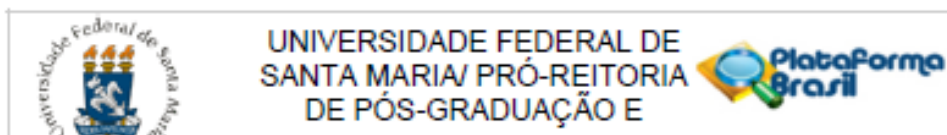
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.048.595

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa caracteriza-se por ser censitária, de observação transversal analítica, de cunho quantitativo e qualitativo. A população-alvo será composta por diretores, idosos e profissionais de ILPI filantrópicas da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, do estado do Rio Grande do Sul, composta por 32 municípios. A participação da ILPI dar-se-á após encontro com o diretor/responsável da instituição, que será informado sobre os detalhes da pesquisa e convidado a ler e assinar o Termo de Autorização Institucional (TAI). Todos os profissionais e residentes das ILPI também serão informados sobre a pesquisa e serão convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os municípios da 4ª região do Rio Grande do Sul contam com 12 ILPI filantrópicas, sendo três em Santa Maria e uma em cada cidade seguinte: Júlio de Castilhos, Paraisópolis, Restinga Seca, São Pedro do Sul, São Sepé, Mata, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Jaguarí. Todas as ILPI que aceitarem, participarão da pesquisa. Logo, a seleção amostral será de modo não probabilístico e intencional. Com relação às ILPI, serão incluídas nesta pesquisa aquelas cujos diretores/responsáveis administrativos aceitarem participar da pesquisa, assinando o TAI. Com relação aos trabalhadores das ILPI, serão incluídos no estudo todos os admitidos há mais de dois meses, que aceitarem participar. Serão excluídos aqueles sem vínculo legal com a instituição (estagiários, voluntários). Com relação aos idosos residentes das ILPI, os

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.048.596

critérios de inclusão serão: Idosos do sexo masculino e feminino, com idade superior a 60 anos, residentes em ILPI filantrópicas da 4ª região do Rio Grande do Sul, que aceitem participar da pesquisa. Em um primeiro momento, será realizada a caracterização sociodemográfica de todos os idosos acima definidos. Porém, após a caracterização sociodemográfica, serão excluídos do prosseguimento da pesquisa os idosos acamados ou totalmente dependentes, com cognição prejudicada em relação à escolaridade, com história ou evidência clínica de doenças neurológicas, degenerativas ou sistêmicas graves (infecções, neoplasias, doenças hepáticas, renais ou metabólicas).

#### Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar as condições de prestação de serviços pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos, bem como as condições de vida e saúde de seus trabalhadores e residentes.
- Avaliar a natureza das ILPI, ou seja, conhecer a dinâmica dos processos de trabalho das ILPI dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, do Rio Grande do Sul;
- Analisar as condições de prestação de serviços das ILPI, destacando a estrutura física e de recursos humanos;
- Caracterizar sociodemograficamente os trabalhadores das ILPI, bem como a qualidade de vida dos mesmos;
- Caracterizar sociodemograficamente os idosos, bem como suas condições de saúde geral e qualidade de vida.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos/desconfortos citados no projeto são cansaço ao final das avaliações. Como benefícios, cita-se que os idosos serão encaminhados para serviços públicos de atendimento, caso necessitem.

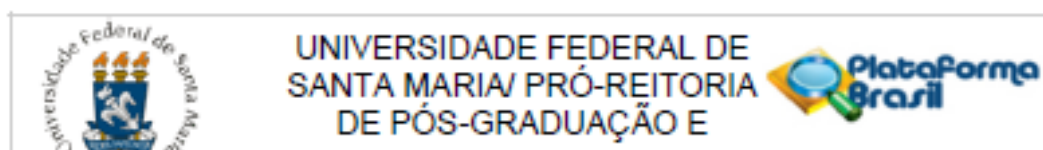
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados todos os termos de forma adequada.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.048.506

**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

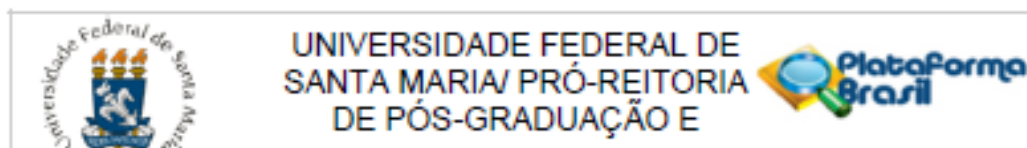
Não existem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_729829.pdf	15/04/2017 18:38:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Vovozinhas.pdf	15/04/2017 18:38:10	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Oscar_Pithan.pdf	15/04/2017 18:37:51	Elenir Fedosse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dout1.doc	15/04/2017 18:37:24	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Lar_itaglba.pdf	15/04/2017 18:32:55	Elenir Fedosse	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	NOTA_ESCLARECIMENTO.docx	06/07/2016 10:46:52	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI.docx	06/07/2016 10:45:42	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	06/07/2016 10:44:12	Elenir Fedosse	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.docx	05/06/2016 12:25:18	Elenir Fedosse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Confidencialidade.docx	05/06/2016 12:20:45	Elenir Fedosse	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.048.506

Justificativa de Ausência	Confidencialidade.docx	05/06/2016 12:20:45	Elenir Fedosse	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	31/05/2016 20:35:15	Elenir Fedosse	Acelto
Outros	GAP2.jpg	31/05/2016 20:34:40	Elenir Fedosse	Acelto
Outros	GAP1.jpg	31/05/2016 20:33:42	Elenir Fedosse	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	31/05/2016 20:20:18	Elenir Fedosse	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 05 de Maio de 2017

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO****Questionário a ser respondido pela Instituição  
de Longa Permanência para Idosos****Data de resposta:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. Nome da instituição:

\_\_\_\_\_

2. Dados da Instituição:

Endereço:

Rua: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade / Estado: \_\_\_\_\_

Telefone com DDD: (    ) \_\_\_\_\_ fax : (    ) \_\_\_\_\_

E-mail (se a instituição possuir): \_\_\_\_\_

3. Nome do entrevistado / cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Escolaridade (último curso concluído) do (a) diretor (a):

\_\_\_\_\_

5. Qual a natureza da instituição?

- ( ) Pública
- ( ) Privada filantrópica religiosa
- ( ) Privada filantrópica leiga
- ( ) Privada com fins lucrativos
- ( ) Mista (pública e privada)

6. Qual o regime de funcionamento da instituição?

- ( ) Aberto
- ( ) Semi-aberto
- ( ) Fechado

7. Data de início de funcionamento: mês: \_\_\_\_\_ ano: \_\_\_\_\_

8. Número de internos (favor informar o número de internos em cada grupo de idade e por grau de dependência):

Total feminino: \_\_\_\_\_

Total masculino: \_\_\_\_\_

Sexo / Faixa etária	Menores de 60 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Feminino						
Masculino						

**Independente** – aqueles que não necessitam de ajuda para realizar atividades de autocuidado (fazer higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou se locomover) e que não sejam demenciados.

**Semi-dependente** – aqueles que necessitam de ajuda em até três atividades de autocuidado (fazer higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se ou se locomover) e que não sejam demenciados. Inclui também os cadeirantes.

**Dependente** - aqueles que necessitam de ajuda em todas as atividades de autocuidado ou que sejam demenciados.

**Demenciados** – aqueles com comprometimento cognitivo devido à idade.

Sexo / Grau de dependência	Independente	Semi-dependente	Dependente	Total de internos
Feminino				
Masculino				

9. Do total de residentes dependentes, informe o número de demenciados:

Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

10. Quantos leitos a instituição possui? \_\_\_\_\_

11. Quantidade de quartos por número de leitos:

	com 1 leito	com 2 leitos	com 3 leitos	com 4 leitos	com 5 leitos	com 6 leitos	com mais de 6 leitos
Número de quartos							
Número de Enfermarias							

## 12. Composição do quadro funcional:

Profissionais	Assalariados / Prestadores de serviço remunerados		Voluntários		Cedidos	
	Número	Carga horária semanal	Número	E – esporádico R - regular	Nº	Carga horária
Cuidador						
Enfermeiro						
Cozinheiro						
Nutricionista						
Faxineiro						
Porteiro						
Lavadeira						
Passadeira						
Assistente social						
Psicólogo						
Fisioterapeuta						
T. Ocupacional						
Farmacêutico						
Médico						
Dentista						
Fonoaudiólogo						
Função mista (mesmo funcionário exercendo mais de uma função)						
Outros:						

Se marcou outros na tabela acima, favor especificar:

---

## 13. Quais são os critérios de admissão do idoso como residente da instituição?

---



---

14. Por quem, **na maioria dos casos**, são institucionalizados os idosos? (é possível marcar mais de uma opção)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> O próprio  | <input type="checkbox"/> Órgão público |
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Igreja        |
| <input type="checkbox"/> Amigos     | <input type="checkbox"/> Outros        |

## 15. Para onde e como são encaminhados os idosos que precisam de cuidados médico-hospitalares? \_\_\_\_\_

---

## 16. Qual é o principal motivo de saída do idoso?

- Reintegração à família  
 Troca de instituição  
 Morte

17. A instituição mantém algum tipo de registro das visitas recebidas pelos idosos?  
 Sim.  Não

18. A Instituição faz algum trabalho com as famílias?  
 sim  não

Caso tenha respondido sim na pergunta acima, que tipo de trabalho é desenvolvido?

---



---

19. Gasto total mensal da instituição: R\$ \_\_\_\_\_

20. Gasto mensal da instituição por grupos de despesas:

- |   |           |
|---|-----------|
| a. Recursos humanos:                              | R\$ _____ |
| b. Manutenção da casa (luz, água, gás, telefone): | R\$ _____ |
| c. Alimentos:                                     | R\$ _____ |
| d. Vestuário:                                     | R\$ _____ |
| e. Medicamentos                                   | R\$ _____ |
| f. Produtos de higiene pessoal (inclui fraldão):  | R\$ _____ |
| l. Reparos na casa (pequenas obras e consertos)   | R\$ _____ |
| g. Outros: _____                                  | R\$ _____ |

21. Solicita-se às pessoas ou aos seus familiares que façam uma contribuição regular à instituição?  
 Sim.  Não

22. Caso tenha respondido sim à pergunta acima, qual é o valor e a periodicidade da contribuição ?

R\$ \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_



## 23. Fontes de financiamento:

- a. Valor recebido dos internos: R\$ \_\_\_\_\_
- b. Renda própria: R\$ \_\_\_\_\_
- c. Financiamento Público: R\$ \_\_\_\_\_
- d. Outras doações:
- ( ) Igreja: R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) ONGs: R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) Comunidade R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) Famílias dos residentes: R\$ \_\_\_\_\_
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

## 24. A instituição possui algum convênio ou parceria?

- ( ) Sim
- ( ) Não

## 25. Caso tenha respondido sim na pergunta acima, que tipo de parceria mantém?

- ( ) SUS ou outras instituições que prestem serviços de saúde
- ( ) Prefeitura (repasse financeiro)
- ( ) Prefeitura (outras formas de auxílio)
- ( ) Farmácia
- ( ) Secretarias Estaduais
- ( ) Associações religiosas
- ( ) Associações leigas (tipo Rotary, Lions Club etc)
- ( ) Outras – especifique: \_\_\_\_\_

## 26. Qual a área física total da instituição, em metros quadrados?

\_\_\_\_\_

## 27. Qual a área construída da instituição, em metros quadrados?

\_\_\_\_\_

Área	Possui?	Idosos utilizam?
Acomodações (quartos)		
Refeitório		
Sala de Tv e vídeo		
Sala ecumênica ou capela		
Jardim		
Piscina		
Biblioteca ou sala de leitura		
Outras:		

Se marcou outras na tabela acima, por favor, especifique:

\_\_\_\_\_

## 29. Possui acomodações específicas para cuidadores?

- ( ) Sim ( ) Não

## 30. Quais são os serviços oferecidos pela Instituição e quanto custam para o idoso?

(marque **um xis** na coluna de **quem oferece** o serviço e **outro xis** na coluna de **quanto custa** para o idoso)

**Obs. Próprio** significa mantido com os recursos da própria Instituição; **parceria** significa que o serviço é prestado na instituição por convênio com outro órgão ou é terceirizado; **pago** quando os idosos ou as famílias pagam pelo serviço; **gratuito** quando o serviço é oferecido gratuitamente aos idosos.

SERVIÇO	Quem oferece o serviço		Quanto custa para o idoso	
	PRÓPRIO	PARCERIA	GRATUITO	PAGO
Médico				
Dentário				
Serviços farmacêuticos				
Psicológico				
Fisioterapêutico				
Terapia Ocupacional				
Fonoaudiologia				
Atividades educacionais (ex: alfabetização de adultos ou educação continuada)				
Aula de Informática				
Treinamento em atividades que gerem renda				
Outros – especifique: _____				

## 31. Que tipo de atividades de lazer e culturais a Instituição desenvolve com os idosos?

festas comemorativas

passeios

bazar

culturais (música, cinema, vídeo, teatro, museus)

outros – especifique: \_\_\_\_\_

## 32. Os serviços de saúde utilizados são:

Próprios

Privados

Rede SUS

Pela pastoral da pessoa idosa

Outros – especifique: \_\_\_\_\_

33. Esta instituição ajuda os idosos institucionalizados a receber o Benefício Social (Benefício de Prestação Continuada)?

Sim

Não

34. Esta instituição recebe visita do Programa de Saúde da Família?

Sim

Não

35. Esta instituição recebe visita da Pastoral da Pessoa Idosa?

Sim

Não

36. Quais as principais dificuldades enfrentadas por sua Instituição no desempenho de suas funções

---

---

---

---



## ANEXO D – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREF

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?  
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

**ANEXO E – MINI-MENTAL**-----**Mini-mental**<sup>1</sup>-----

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**Orientação**

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Dia da Semana (1 ponto)                               | (    ) |
| 2) Dia do Mês (1 ponto)                                  | (    ) |
| 3) Mês (1 ponto)   | (    ) |
| 4) Ano (1 ponto)   | (    ) |
| 5) Hora aproximada (1 ponto)                             | (    ) |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto)           | (    ) |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | (    ) |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)                       | (    ) |
| 9) Cidade (1 ponto)                                      | (    ) |
| 10) Estado (1 ponto)                                     | (    ) |

**Memória Imediata**

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. (    )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**Atenção e Cálculo**

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)  
(1 ponto para cada cálculo correto) (    )

**Evocação**

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente  
(1 ponto por palavra) (    )

**Linguagem**

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)   | (    ) |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)   | (    ) |
| 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) | (    ) |
| 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto)   | (    ) |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto)  | (    ) |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto)   | (    ) |

**ESCORE:** (    /30)

\_\_\_\_\_





## ANEXO F – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado(a) por cada um dos sintomas durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>SINTOMAS</b>	<b><u>Absolutamente não</u></b>	<b><u>Levemente</u></b> Não me incomodou muito	<b><u>Moderadamente</u></b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b><u>Gravemente</u></b> dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio / inseguro(a)				
9. Aterrorizado(a)				
10. Nervoso(a)				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo(a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado(a)				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afoqueado (rubor facial)				
21. Suor (não devido ao calor)				



## ANEXO G – ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

(Yesavage, 1983)

### Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.4) Você se aborrece com freqüência?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	( 0 ) SIM	( 1 ) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	( 1 ) SIM	( 0 ) NÃO