

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

DARLA SILVANA RISSON RANNA

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA PERSPECTIVA DO  
PRESTADOR, DA LEGISLAÇÃO E DO MERCADO POTENCIAL CONSUMIDOR**

Porto Alegre  
2012

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS  
NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR, DA LEGISLAÇÃO E  
DO MERCADO POTENCIAL CONSUMIDOR**

DARLA SILVANA RISSON RANNA

Porto Alegre  
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS  
NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR, DA LEGISLAÇÃO E  
DO MERCADO POTENCIAL CONSUMIDOR**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Gerontologia Biomédica.

DARLA SILVANA RISSON RANNA

Orientador: Ângelo José Gonçalves Bós

PORTO ALEGRE  
2012

## Ficha Catalográfica

R212 Ranna, Darla Silvana Risson

Instituições de Longa Permanência para Idosos na perspectiva do prestador, da legislação e do mercado potencial consumidor / Darla Silvana Risson Ranna. – 2012.

85 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

1. ILPI. 2. Envelhecimento. 3. Autonomia do idoso. 4. Apoio familiar. 5. Dependência. 6. Fatores econômicos e sociais I. Título.

CDU 610.28

Elaborada pela Bibliotecária Clarissa Padovani CRB 10/1775  
com os dados fornecidos pela autora

DARLA SILVANA RISSON RANNA

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS  
NA PERSPECTIVA DO PRESTADOR, DA LEGISLAÇÃO E  
DO MERCADO POTENCIAL CONSUMIDOR**

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ana Amélia Camarano (IPEA)

---

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi (PUCRS)

---

Prof. Dr. José Roberto Goldim (PUCRS) suplente

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós (PUCRS)

## **AGRADECIMENTOS**

---

*Agradeço a Deus por estar comigo em todos os momentos!*

*Ao Professor Ângelo José Gonçalves Bós (meu chefe), meu mestre, pela orientação, pela paciência, por acreditar na minha capacidade, sendo economista por formação, de desenvolver uma pesquisa em gerontologia biomédica, por ser meu amigo e me apoiar, sempre.*

*Aos Professores Ana Amélia Camarano, toda minha admiração; José Roberto Goldim pela contribuição pessoal, profissional e acadêmica e Patrícia Krieger Grossi, o equilíbrio.*

*Ao Professor Irênio Gomes da Silva Filho, pelo incentivo e confiança.*

*Aos meus queridos colegas, em especial Letícia Gerlack e Miriam Rosito, pelos momentos compartilhados, conquistas, confiança e amizade.*

*A uma pessoa especial que tornou esse sonho possível, que Deus te proteja sempre.*

*Aos colegas, clientes e parceiros da FACE Consultoria e Gestão em Saúde, pelo estímulo ao aprendizado constante e confiança em meu trabalho.*

*Aos meus amigos, muito obrigada pela compreensão das ausências e motivação nos momentos difíceis.*

*Minha irmã, Fernanda, pelo exemplo de força e persistência, sua amizade e amor.*

*Aos meus pais Dario e Terezinha, por seu amor, compreensão, apoio e incentivo.*

*À minha querida filha e fonte de inspiração e amor, Tarsila, por sua força e apoio, suas palavras de incentivo e positividade e seu ombro para minhas lágrimas, foram meu estímulo e companhia para alma!*

*Aos idosos brasileiros e suas famílias.*

## RESUMO

O rápido envelhecimento da população e as transformações na estrutura das famílias gerou uma lacuna em relação à atenção da pessoa idosa. Como alternativa ao cuidado do idoso, existe as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), porém ainda é desconhecida, a percepção referente à qualidade e funcionalidade das mesmas e o respeito em relação à vontade do idoso no caso de uma institucionalização. Diante disso, foram analisados os principais motivos que levariam à institucionalização do idoso, as expectativas quanto às ILPIs levando em conta os aspectos da legislação vigente, e sua relação com o provável respeito à decisão do idoso em caso de institucionalização. Estudo descritivo, analítico transversal, onde foram entrevistados 98 potenciais tomadores de decisão, parentes em primeiro ou segundo grau e/ou representante legal do idoso e maiores de 18 anos, interessados na contratação de uma ILPI. O instrumento de pesquisa foi elaborado a partir das normas da vigilância sanitária e do estatuto do idoso, acrescido de questões socioeconômicas dos decisores e dos idosos. A análise estatística foi realizada através da frequência ou médias e desvio padrão, tanto das variáveis dependentes, quanto das variáveis independentes, sendo considerado significativo o teste que obteve um  $p < 0,05$ . Os principais motivos de uma possível institucionalização do idoso foram dependência para as atividades diárias, vontade do idoso e falta de estrutura familiar, com maior preocupação quanto aos aspectos de atenção à saúde e cuidado do que os aspectos de funcionamento legal e estrutural da instituição. A capacitação formal dos cuidadores foi elencada como importante em detrimento a presença de cuidadores não capacitados formalmente. A decisão do idoso em caso institucionalização seria respeitada quando houvesse sentimento de culpa ou temor da reação negativa por parte de vizinhos, vontade e maior capacidade funcional do idoso, apoio financeiro entre os familiares e o maior número de filhos. E a decisão não seria respeitada nos casos de idosos em situações de viuvez, sem filhos ou com até dois filhos, com dificuldades para as atividades diárias e de comportamento, que vivessem sob a atenção de cuidador e/ou atendimento domiciliar, com dificuldades de caminhar, em cadeira de rodas ou fossem acamados, portadores de doença de Alzheimer, e nos casos que valor da mensalidade fosse superior a um salário mínimo. O estudo concluiu que a maioria eram mulheres que decidiam em caso de institucionalização do idoso, não possuíam opinião formada sobre a sua percepção em às ILPIs. A falta de estrutura familiar não possibilita o cuidado em casos de dependência para as atividades diárias do idoso e isso seria o principal motivo para institucionalização. Os aspectos de atenção à saúde e cuidado do idoso foram mais relevantes do que funcionamento legal e estrutural da instituição e que existe uma relação direta entre a aposentadoria do idoso e preço considerado pagável para mensalidade da ILPI. Famílias maiores e, idosos independentes foram determinantes de respeito à decisão do idoso em caso de uma institucionalização. Enquanto idosos com alto grau de dependência cognitivo-motora, famílias pequenas e mensalidades superiores ao valor da aposentadoria foram fatores que levariam a uma decisão de institucionalização sem respeitar a vontade do idoso.

**Palavras-chave:** ILPI, Envelhecimento, Autonomia do idoso, Apoio familiar, Dependência, Fatores econômicos e sociais.

## ABSTRACT

The fast aging of the population and the transformations in the family structure have created a gap in the attention of the elderly people. As an alternative to the care of the elderly, there are the Long Stay Institution for the Elderly (LSIE), but it is still unknown, the perception regarding the quality and functionality of these institutions and the respect for the will of the elderly in the case of an institutionalization. Therefore, were analyzed the main reasons that led to the institutionalization of the elderly, the expectations regarding LSIEs considering the aspects of current legislation, and their relation with the probable respect to the elderly's decision in case of institutionalization. A descriptive, cross-sectional study where were interviewed 98 potential decision makers, first or second degree relatives and / or legal representative of the elderly and over 18 years of age, interested in hiring an LSIE. The research instrument was elaborated based on health surveillance standards and the elderly's statute, plus socioeconomic issues of the decision makers and of the elderly. Was performed a statistical analysis by the frequency or the means and standard deviation of both dependent variables and independent variables. The test was considered significant with a  $p < 0.05$ . The main reasons for a possible institutionalization of the elderly were dependence on the daily activities, the will of the elderly and lack of family structure, with major concern regarding aspects of health care and care, more than aspects of legal and structural functioning of the institution. Was listed as important the formal training of caregivers, to the detriment of the presence of caregivers who were not formally trained. The elderly's decision in case of institutionalization would be respected when there was a feeling of guilt or fear of the negative reaction from neighbors, will and greater functional capacity of the elderly, financial support between family members and the largest number of children. And the decision would not be respected in cases of elderly people in situations of widowhood, without children or with up to two children, with difficulties for daily and behavioral activities, who lived under the care of caregiver and / or home care, with difficulties to walk, In wheelchairs or were bedridden, with Alzheimer's disease, and in cases that the monthly fee was higher than a minimum wage. The study concluded that the majority were women who decided in case of institutionalization of the elderly, did not have formed opinion regarding the LSIEs. The lack of family structure does not allow care in cases of dependency on the daily activities of the elderly, and this would be the main reason for institutionalization. The aspects of health care and care of the elderly were more relevant than the legal and structural functioning of the institution and there is a direct relation between the value of the retirement of the elderly and the price considered payable for LSIE monthly fee. Larger families and elderly individuals were determinants of respect for the elderly's decision in case of institutionalization. While elderly people with a high degree of cognitive-motor dependence, small families and monthly payments higher than the value of retirement were factors that would lead to a decision of institutionalization without respecting the will of the elderly.

**Keywords:** LSIE, Aging, autonomy of the elderly, family support, Dependency, Economic and social factors

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Número de Instituições de Longa Permanência identificadas e respondentes por unidade da federação – 2007-2008.....	21
<b>Figura 2-</b> Rio Grande do Sul: Localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município – 2007 – 2008.....	22
<b>Figura 3</b> – Rio Grande do Sul: distribuição proporcional da população de idosos do estado e de idosos residentes nas instituições de longa permanência por sexo e idade – 2007-2008 .....	23

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Distribuição dos respondentes quanto gênero e a associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso.....	32
<b>Tabela 2-</b> Distribuição dos respondentes quanto ao grau de instrução e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	32
<b>Tabela 3 –</b> Distribuição dos respondentes quanto ao grau de parentesco e sua associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso.....	33
<b>Tabela 4 -</b> Distribuição dos respondentes quanto à representatividade legal do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	33
<b>Tabela 5-</b> Distribuição dos respondentes quanto à responsabilidade pela atenção e saúde e bem-estar do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	34
<b>Tabela 6-</b> Distribuição dos respondentes quanto à percepção em relação às ILPIs e associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	34
<b>Tabela 7 –</b> Distribuição dos respondentes quanto ao fato de acatar ou não a decisão do idoso quanto à institucionalização e o maior receio do PTD em caso de uma possível institucionalização.....	35
<b>Tabela 8-</b> Distribuição dos respondentes quanto aos principais motivos para institucionalização do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	36
<b>Tabela 9-</b> Distribuição dos respondentes quanto ao decisor final em caso de institucionalização do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	37
<b>Tabela 10-</b> Distribuição dos respondentes quanto à quantidade de ILPIs ao decisor final em caso de institucionalização do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	38
<b>Tabela 11 -</b> Distribuição dos respondentes quanto ao motivo de não ter institucionalizado o idoso até o momento e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	39
<b>Tabela 12 -</b> Distribuição dos respondentes quanto às localidades que as ILPIs seriam procuradas e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	39
<b>Tabela 13-</b> Distribuição dos respondentes quanto ao valor da mensalidade considerado pagável e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	40
<b>Tabela 14 -</b> Distribuição dos respondentes quanto à responsabilidade financeira pelo pagamento da mensalidade da ILPI e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	40

<b>Tabela 15</b> - Distribuição dos respondentes quanto às responsabilidades financeiras e o cuidado com o idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	41
<b>Tabela 16</b> - Distribuição do gênero do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	42
<b>Tabela 17</b> - Distribuição da renda do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	42
<b>Tabela 18</b> - Distribuição do estado civil do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	43
<b>Tabela 19</b> - Distribuição do grau de instrução do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	43
<b>Tabela 20</b> - Distribuição da moradia do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	44
<b>Tabela 21</b> - Distribuição do grau do número de filhos vivos do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	45
<b>Tabela 22</b> – Distribuição acerca da pessoa responsável pela prestação de assistência para atividades do idoso de forma mais frequente, e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	45
<b>Tabela 23</b> - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento de cuidadores e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	46
<b>Tabela 24</b> - Distribuição do tipo de rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	47
<b>Tabela 25</b> - Distribuição dos idosos que possuem plano privado de assistência à saúde e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	47
<b>Tabela 26</b> - Distribuição dos idosos que possuem plano privado atendimento pré-hospitalar em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	48
<b>Tabela 27</b> - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento domiciliar de saúde em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.....	48
<b>Tabela 28</b> - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento de profissionais de saúde em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	49
<b>Tabela 29</b> - Distribuição das doenças e/ou limitações que os idosos apresentam em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	50
<b>Tabela 30</b> - Distribuição dos idosos que sofreram quedas em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	51

<b>Tabela 31</b> - Distribuição dos idosos que sofreram fraturas na queda em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	52
<b>Tabela 32</b> - Distribuição dos tipos de fraturas sofridas pelos idosos .....	52
<b>Tabela 33</b> - Distribuição dos idosos portadores de feridas crônicas em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	53
<b>Tabela 34</b> - Distribuição das AVDs que o idoso necessita de ajuda em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	53
<b>Tabela 35</b> - Distribuição como o idoso caminha em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso .....	54
<b>Tabela 36</b> - Distribuição dos itens considerados indispensáveis pelos PTD, quanto ao funcionamento legal da ILPI .....	55
<b>Tabela 37</b> - Distribuição dos serviços considerados indispensáveis pelos PTDs em uma ILPI .....	56
<b>Tabela 38</b> - Distribuição da avaliação do quadro de recursos humanos da ILPI por parte do PTD.....	56
<b>Tabela 39</b> - Distribuição da avaliação do quadro de recursos humanos da ILPI por parte do PTD .....	57
<b>Tabela 40</b> - Distribuição da avaliação dos itens da estrutura de uma ILPI considerados indispensáveis pelo PTD .....	58

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
	3.1 Objetivo geral .....	28
	3.2 Objetivos específicos .....	28
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
	4.1 Delineamento .....	29
	4.2 População em estudo .....	29
	4.3 Procedimento amostral / recrutamento .....	29
	4.4 Critérios de seleção .....	29
	4.5 Inclusão .....	29
	4.6 Exclusão.....	30
	4.7 Coleta dos dados .....	30
	4.8 Variáveis de estudo .....	30
	4.9 Variáveis dependentes .....	30
	4.10 Variáveis Independentes .....	30
	4.11 Variáveis Descritivas .....	31
	4.12 Análise Estatística.....	31
	4.13 Considerações Éticas .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento de anos de vida pode ser o anseio de qualquer sociedade, porém somente pode ser considerado como conquista de sucesso se for adicionado qualidade de vida aos anos adicionais vividos. Em países desenvolvidos, são classificados como idosos as pessoas com 65 anos ou mais, e para países em desenvolvimento, acima de 60 anos. Estimativas apontam que em 2050 a população mundial de idosos seja de dois bilhões de indivíduos, sendo que atualmente 64% da população idosa vive em regiões menos desenvolvidas. A maior velocidade de crescimento está na faixa de pessoas com mais de 80 anos, ou seja, os muito idosos, que a participação deverá quadruplicar em 2050, em função das altas taxas de natalidade observadas no passado recente e da redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas. Nações em desenvolvimento apresentam ritmo acelerado de envelhecimento, no Brasil as projeções indicam que, em 2020, o país será o sexto no mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas<sup>1,2,3</sup>. A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica traz questões, para pesquisadores e gestores do sistema de saúde e infraestrutura do país, acentuada pelo contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

As mudanças histórico-culturais que marcaram a segunda metade do século XX repercutiram na atenção à velhice. A estrutura familiar passou por profundas modificações, e a família nuclear não é mais o único modelo, pois ocorreram mudanças no padrão de nupcialidade: o aumento das separações e os recasamentos representam a vulnerabilidade dos vínculos. O aumento da escolaridade feminina, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de filhos, a dinâmica do cotidiano com a falta de tempo vem modificando a relação do cuidado. O papel social da mulher vem mudando, bem como o sistema de valores, antes reconhecida como aquela que cuida, tem hoje dificuldades em conciliar papéis e continuar assumindo esta função<sup>3,4</sup>. Desta forma a tendência é de que aumente o número de idosos demandantes de cuidados e a oferta de cuidadores familiares se reduza.

Aliadas a essas mudanças a escassez de alternativas para as famílias manterem seus velhos em casa e a questão dos idosos sem referência familiar têm impulsionado a demanda por uma alternativa de cuidados não familiares, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), mesmo que a residência de idosos em instituições não seja uma prática comum na sociedade brasileira. A legislação brasileira estabelece que a família seja a principal responsável pelo cuidado do idoso, expresso na Constituição

Federal de 1988, reforçado pela Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso de 2003. Diante deste cenário, acredita-se que o Estado e o mercado privado deverão ter que dividir com as famílias as responsabilidades de cuidado com a população idosa, principalmente aqueles dependentes. A alternativa de escolha por uma ILPI, em geral encontra-se entre o público dessa modalidade aqueles indivíduos em idade mais avançada, com declínio cognitivo e/ou comprometimento físico, em carência de renda, sem família e/ou em condições de maus tratos familiares<sup>3,4,5</sup>.

A população residente em domicílios coletivos no Brasil é de cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, representando menos de 1% da população idosa brasileira, sendo que as mulheres predominam 57,3%, entre os residentes.

A carência de informações sobre as instituições de residência de idosos, aliada à expectativa de uma demanda crescente por essa modalidade de serviços motivou uma pesquisa, de aspecto censitário sobre as ILPIs, realizada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em relação ao número de instituições existentes no país, sua infraestrutura, seus serviços oferecidos, custos, os recursos existentes e os modelos de assistência praticados, como também com relação à população residente: número de idosos residentes e suas características<sup>5</sup>.

O Estatuto do Idoso prevê em seu Artigo 48, que as ILPIs, em seu regime de atendimento devem observar os seguintes requisitos: oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; apresentar plano de trabalho, estar regularmente constituída e demonstrar idoneidade de seus dirigentes. Este Estatuto no Artigo 49 descreve os princípios de uma instituição de longa permanência: preservação dos vínculos familiares, atendimento personalizado e em pequenos grupos, participação do idoso em atividades comunitárias e preservação da identidade do idoso<sup>6</sup>.

O perfil da maioria instituições brasileiras é de caráter filantrópico, com modelo de atendimento voltado para necessidades sociais, enquanto que o envelhecimento da população e o aumento de pessoas com necessidades relacionadas com a redução na capacidade física, cognitiva e mental. Desta forma uma reorganização nos serviços das ILPIs deixando de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, traduzindo desta forma não apenas atendimento a idosos em vulnerabilidade social, mas incluindo serviços que possam atender a demanda de idosos dependentes<sup>5</sup>.

No Brasil, segundo a pesquisa IPEA, a partir do ano de 2000 as ILPIs de caráter privado com fins lucrativos começaram a aparecer, e representam 57,8% do total,

representando uma mudança no perfil dessas instituições que até então filantrópicas e de caráter assistencialista<sup>4</sup>.

No sul do país, de acordo com a pesquisa foram identificadas 693 ILPIs, sendo que o estado do Rio Grande do Sul apresentou 346 instituições, com 319 respondentes, sendo este com o maior número, dentre os estados pesquisados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul<sup>4</sup>.

A pesquisa do IPEA identificou que os maiores custos das ILPIs estão concentrados no pagamento ao quadro de funcionários representando 52,5% dos custos, a alimentação responde por 14,1% e as despesas fixas por 9,4%. As despesas com medicamentos são insipientes, pois são geralmente custeadas pelos familiares ou advêm de doações.

O custeio das instituições é comportado em mais da metade delas (57) pelos residentes e/ou seus familiares, oriundo do pagamento de mensalidades.

A estrutura de serviços oferecida pelas ILPIs, além da moradia, alimentação e vestuário, consiste em atendimento médico, fisioterapia, sendo estes os mais frequentes em relação à saúde, em um universo onde 34,9% dos residentes são independentes. Neste aspecto apenas 50% das instituições pesquisadas pelo IPEA ofertam atividades de lazer, renda ou cursos diversos<sup>4</sup>.

O Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) elaborou uma pesquisa que retrata o funcionamento das ILPIs do estado, com intenção de gerar informações que possibilitem ao Estado e à sociedade civil adequar suas ações para uma melhor qualidade dos serviços oferecidos por essas instituições. Foram visitadas, entre novembro de 2006 e novembro de 2007, todas as instituições que possuem cadastro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Secretaria de Trabalho e Promoção Social, foram 291 instituições em 165 municípios. Das instituições pesquisadas, 29 eram públicas e 200 particulares (87)<sup>7</sup>.

A prevalência de idosos entrevistados pela pesquisa IPARDES foi de 55% são do sexo masculino e 45% do feminino. Entre aos mais idosos, 22% deles têm 80 anos e mais, sendo 65% composta por mulheres. Em contrapartida, na faixa etária de 65 a 69 anos concentraram-se 73% dos homens e, na faixa de 70 a 74 anos, aproximadamente 60% dos homens. Das instituições pesquisadas, notou-se que a principal fonte de renda era a contribuição dos próprios idosos, seja por aposentadoria, pensão ou outros benefícios. O atendimento médico era feito por meio do SUS para a maioria dos idosos. Quanto aos profissionais que atuavam nas instituições, a maioria era de cuidadores de idosos, com baixa escolaridade e pouca qualificação. Somente 0,2% das instituições pesquisadas

possuíam terapeutas ocupacionais, mostrando que os idosos passavam a maior parte do tempo, ociosos. A falta de fisioterapeutas também foi outra demanda identificada nestas instituições.

Conforme o IPEA, a proporção de idosos residentes em ILPIs no Rio Grande do Sul é de 0,6% do total de idosos na população, que é bastante superior à região norte (0,2), igualando-se a proporção observada na região centro-oeste (0,6). Quanto às características dos residentes, a pesquisa identificou o predomínio de mulheres institucionalizadas, e 36,2% idosos classificados como independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), 30,7% semidependentes, e 33,1% como dependentes<sup>4</sup>.

Neste cenário, a regulamentação das ILPIs segue a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC 283/2005, de 26 de setembro de 2005. Sendo que, as instituições que já funcionavam na data de publicação da resolução (setembro de 2005) tiveram dois anos para se adequar às novas regras. Os estabelecimentos que iniciaram suas atividades depois desta data já devem atender à nova legislação. As vigilâncias sanitárias estaduais, municipais e do Distrito Federal são as responsáveis pela fiscalização do cumprimento das exigências estabelecidas pelo regulamento técnico desta resolução<sup>8</sup>.

As políticas da qualidade, amplamente difundidas na indústria e presente em hospitais e outros serviços de saúde no país inteiro através de normas técnicas do sistema brasileiro de certificação, por meio da Organização Nacional de Acreditação (ONA)<sup>9</sup>, porém ainda não contemplam o segmento das ILPIs, deixando com isso uma lacuna na qualificação deste segmento de atuação assistencial.

A decisão de institucionalização dos idosos tomada, em sua grande maioria das vezes pelos filhos, restando apenas a aceitação por parte dos velhos<sup>10</sup>. A pesquisa IPARDES levantou que o período em que há mais procura de vagas nos lares para idosos acontece entre novembro e fevereiro. Essa maior procura ocorre devido ao fato das famílias não terem onde deixar o idoso em época de viagens, mais frequentes em função das festas de final do ano e das férias de verão. Ocorre que na maioria dos casos as famílias ao retornar não tiram os idosos da instituição. Quase a totalidade dos idosos (92) possuía familiar, mas somente 38% dos idosos foram encaminhados para as instituições por vontade própria, sendo a solidão e a doença os principais motivos da institucionalização<sup>7</sup>.

Cabe assim, como objetivo de nosso projeto de pesquisa e dissertação uma avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos, estas estabelecidas no município de Porto Alegre, com relação à infraestrutura e condições de funcionamento, e

a perspectiva do mercado por meio dos potenciais clientes decisores de escolhas por este tipo de instituição, residentes neste Estado Federativo. O estudo tem como referência as determinações da RDC 283/2005 da ANVISA, que busca identificar um possível retorno em qualidade de serviços e melhoria da infraestrutura e de funcionamento das ILPIS na adoção das diretrizes preconizadas pela Resolução da ANVISA.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo pesquisadores o envelhecimento apresenta a característica universal de ocorrência de mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem efeito sobre a vitalidade ou longevidade. Sendo que essas mudanças devem obedecer às seguintes condições: característica deletéria, ou seja, reduzem a funcionalidade; progressivas, pois se estabelecem gradualmente; intrínsecas, isto é, não é resultado de influência do ambiente; universais, os membros de uma mesma espécie deveriam apresentar as mudanças graduais com o avanço da idade. Tais características originaram o termo senescência, que é usado para descrever as mudanças que ocorrem em um organismo, relacionado com a idade, e que afetam a vitalidade e as funções motoras e aumentam a taxa de mortalidade em função do tempo, onde a senilidade seria o estágio final da senescência, quando o risco de mortalidade beira a totalidade dos casos<sup>17</sup>.

Dentro das teorias biológicas, as Teorias Estocásticas postulam que a deterioração associada à idade avançada devida a acumulação de danos moleculares que ocorrem ao acaso, por meio de falhas ao recuperar danos ou erros causados aleatoriamente na síntese das macromoléculas, esse processo levaria à deficiência das células causando a morte do organismo.

As teorias classificadas como “Uso e Desgaste” são as mais antigas no conceito de falha de reparo, onde o acúmulo de agressões do meio ambiente levaria ao decréscimo gradual do organismo humano, culminando com a morte.

O envelhecimento pode ser considerado como um processo biológico e natural, o fato é que as teorias biológicas, em especial a do “uso e do desgaste”, demonstram que mudanças fisiológicas deteriorativas ocorrem com o avanço da idade e são responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade do organismo, reduzindo sua capacidade de sobrevivência<sup>17</sup>.

A demanda por ILPIs por estar relacionada com a perda da capacidade fisiológica e conseqüentemente da independência para atividades básicas da vida diária dos idosos, em função de uma possível falta de estrutura familiar, tanto física dos familiares, estrutural das residências, como emocional de seus cuidadores.

Os aspectos psicossociais da velhice, por sua vez, causam uma diferenciação do corpo e mente jovem com o envelhecido, causando contrastes sociais e psicológicos importantes. As teorias sociais do envelhecimento representam as condições sociais que os seres humanos se deparam ao envelhecer: o afastamento universal do indivíduo

envelhecido da sociedade – Teoria do afastamento ou desengajamento; indivíduos ativos são mais satisfeitos e mais saudáveis física e mentalmente – Teoria da atividade; redução das redes de interação social, sedimentação de grupos restritos de relações sociais – Teoria da seletividade sócio emocional; a escassez de recursos educacionais, econômicos acaba por causar afastamento do idoso, pois a vida social é um ciclo de trocas – Teoria da troca; desenvolvimento de uma cultura própria dos idosos, resultando em uma interação entre si, excluindo outras faixas etárias – Teoria da subcultura do envelhecimento<sup>18</sup>.

Considerando-se que o envelhecimento perpassa por um conjunto de reflexos sociais que são tangíveis através do isolamento social do indivíduo idoso, a redução de atividade física e cognitiva, restrição das inter-relações pessoais, exclusão das relações intergeracionais, estabelecendo uma seleção social que leva a uma vida isolada ou restrita à convivência com outros idosos. A alternativa de institucionalização, sob o ponto de vista social, pode levar à própria vontade do idoso em residir em domicílios coletivos de caráter residencial e de longa permanência, vivendo com outros de faixa etária idosa. A sociedade e a família, por outro lado, não identifica mais o valor da troca benéfica, essa que aproxima, dessa forma pode excluir o idoso socialmente, uma vez que esse pode não ter mais recursos de troca valorizados como positivos pela sociedade, onde as trocas que causam prejuízos afastam as pessoas, empurrando para uma segregação social, que pode ser a institucionalização.

A teoria político-econômica do envelhecimento descreve como as estruturas institucionais reforçadas pela economia influenciam no status e no envelhecimento, podendo ser observados na forma do tratamento dos idosos e políticas públicas voltadas às pessoas idosas<sup>17,18,19</sup>. Dessa forma, sociedades econômica e socialmente estruturadas contribuem para o desfecho na condução acerca da institucionalização em ILPIs, podendo ser uma definição programada ao longo da vida pela própria pessoa no processo de envelhecimento, levando-se em conta o acesso ao suporte social e de saúde por parte através de políticas públicas.

As condições socioeconômicas influenciam o “capital de saúde” de cada indivíduo, de forma progressiva desde o nascimento, posto que a pessoa herde um estoque inicial de saúde que se deprecia com o tempo, mas que pode ser aumentado através do investimento, sendo que a depreciação é diretamente proporcional ao processo de envelhecimento, sendo que a morte ocorreria quando o estoque de saúde caísse abaixo de certo limite, sendo que o indivíduo teria o papel de investidor ou esbanjador do próprio capital<sup>20</sup>. Sendo que a sociedade teria o papel de influenciar hábitos saudáveis, atuando como fator protetor do

capital de saúde. Condições econômicas de uma sociedade podem interferir no curso do envelhecimento, através da alteração do perfil de morbimortalidade, onde o fator social seria um importante fator de predição de mortalidade. Sociedades inferiores socioeconomicamente podem apresentar condições desvantajosas de infraestrutura que resultam em baixa qualidade de vida, repercutindo na velhice. Diante do exposto, as taxas de “capital de saúde” que o indivíduo adquire através do investimento ao longo da vida podem interferir na condição de sua velhice, na sua independência fisiológica e cognitiva, agregando valor em suas relações sociais, podendo determinar o desfecho entre institucionalizar ou viver em sociedade aberta, principalmente para os muito idosos<sup>20</sup>.

As elevadas taxas do crescimento da população muito idosa (80 anos e mais), como resultado das altas taxas de natalidade observadas no passado recente, aliadas continuidade da redução da mortalidade nas idades avançadas podem representar uma alteração no tipo de cuidado que os longevos experimentarão em um futuro próximo. Sendo assim, uma das possíveis alternativas de cuidados não familiares existentes corresponde às ILPIs, mesmo essa não sendo uma prática comum na sociedade brasileira<sup>5</sup>.

A origem das ILPIs está relacionada aos asilos, inicialmente dirigida à população carente que necessitava de abrigo, desta forma a maioria das ILPIs brasileiras é de caráter filantrópico (65), as políticas voltadas para essa demanda estão baseadas em assistencialismo social. Nota-se porem, que o envelhecimento da população e aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental está requerendo instituições que integrem a assistência à saúde e não ofereçam apenas abrigo residencial. A função híbrida dessas instituições caracteriza uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, expressão sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia<sup>3</sup>. Desta forma, entende-se como ILPI, por uma residência coletiva, que atende tanto idosos em situação de carência de renda e/ou de família, quanto aqueles, em dificuldades para o desempenho de suas atividades diárias, e que necessitem de cuidados prolongados<sup>5</sup>.

Através de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas - IPEA, denominada “Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência no Brasil”, empreendida nos anos 2007 e 2009<sup>3</sup>, realizada através de questionários direcionados às ILPIs, estas identificadas por vários meios: consulta aos registros em secretarias municipais e estaduais de assistência social, conselho do idoso nas três esferas governamentais, secretarias da vigilância sanitária, como também listas telefônicas e anúncios em classificados de jornais, foi possível conhecer-se uma visão agregada do segmento<sup>4</sup>.

Paralelamente, outra pesquisa desenvolvida no Estado do Paraná, analisando o segmento das ILPI's através do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), no ano de 2007, onde as instituições foram avaliadas com base na regulamentação na ANVISA, através da resolução federal nº 283/2005/RDC/ANVISA, em formato de modelo comparativo entre as situações levantadas pela pesquisa e o regulamento técnico da ANVISA. As instituições foram identificadas através do cadastro da Secretaria de Estado do Trabalho e Promoção Social (SETP) de 2006, complementados com os dados da pesquisa do IPEA<sup>7</sup>.

O IPARDES identificou 6.499 idosos institucionalizados em 229 ILPI's, onde foram entrevistados 405 profissionais vinculados aos estabelecimentos e 423 idosos residentes.

Na pesquisa IPEA os resultados apontaram para 15.422 residentes da região sul do país, considerando os estados Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo que 30 instituições das 693 identificadas não responderam à pesquisa, Figura 1, neste caso, o IPEA utilizou-se da média de outras instituições respondentes. Desta forma o número de residentes seria de 16,2 mil representando 0,7% da população idosa, proporção inferior à verificada pelos dados do censo demográfico, pois este considera domicílios coletivos de forma geral, e os períodos de tempo não são comparáveis.

Unidade da federação	Identificadas em funcionamento	Respondentes	Taxa de resposta (%)
Paraná	251	248	98,8
Santa Catarina	96	96	100,0
Rio Grande do Sul	346	319	92,2
Sul	693	663	95,7

Fonte: Pesquisa Ipea/CNDI/SEDH.

Figura 1- Número de Instituições de Longa Permanência identificadas e respondentes por unidade da federação – 2007-2008.

No Estado do Rio Grande do Sul foram identificadas 346 instituições, distribuídas por 105 municípios, e na capital encontravam-se 129 instituições, conforme apresentado na Figura 2. Nos municípios da região metropolitana foram identificadas 11 ILPIs em Canoas, 10 em São Leopoldo, em Cachoeirinha, Montenegro e Novo Hamburgo 8 instituições em cada município. Na região centro-norte do estado se destacou o município de Passo Fundo, com 7 instituições. Na região sul do estado, na divisa com o Uruguai,

também se observa uma maior ocorrência dessas instituições, em Caxias do Sul foram 9 as ILPIs<sup>4</sup>.

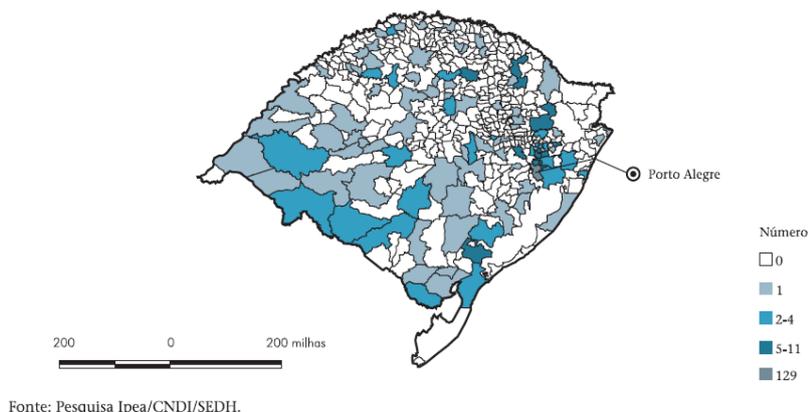


Figura 2- Rio Grande do Sul: Localização espacial das instituições de longa permanência para idosos por município – 2007 – 2008

A média de residentes nas instituições do Rio Grande do Sul é de 27,6, segundo a pesquisa IPEA, média com uma grande variabilidade, pois foram encontradas instituições com apenas 2 residentes e outras com 219, sendo que o maior percentual de instituições possui de 11 a 20 residentes (40,9). Somando-se a esse percentual o de instituições que contam com menos de 10 residentes, observa-se que 53,1% delas têm menos de 20 residentes, aproximadamente 11% das instituições têm mais de 50 residentes<sup>4</sup>. A pesquisa relatou que foram encontradas instituições onde residem somente mulheres ou somente homens, porém não foi apontado pelo IPEA o número e/ou percentual destas instituições.

Conforme o IPEA, o estado do Rio Grande Sul, tem passado por expressivas mudanças demográficas ao longo das últimas décadas. Em apenas 50 anos, a proporção da população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, apresentou um salto dos 188.263 (4,5) em 1950, para 1.065.484 (10,5) em 2000. Outra característica do processo de envelhecimento populacional gaúcho é o crescimento acentuado da população muito idosa, ou seja, idosos com mais de 80 anos. Esse grupo, que respondia por 8% (15.123) do número total de idosos em 1950, passou a responder por 12% (127.940) dessa população em 2000, e em 2010 por 19% (201.000). O aumento em termos absolutos dessa faixa etária contribuiu para o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), pois as fragilidades físicas e mentais se acentuam nessa faixa etária, apesar do Estatuto do Idoso<sup>5</sup> priorizar o atendimento do idoso sua própria família.

Segundo a pesquisa IPEA (2008), o número de idosos residentes em ILPIs no Estado era de 7.359, com uma proporção maior de mulheres nas instituições pesquisadas;

67,5% dos moradores eram do sexo feminino, proporção superior aos 32,5% de homens. Essa distribuição também se confirma indiferentemente da característica filantrópica ou privada com fins lucrativos da instituição, a prevalência de mulheres é maior em ambos os casos<sup>12</sup>.

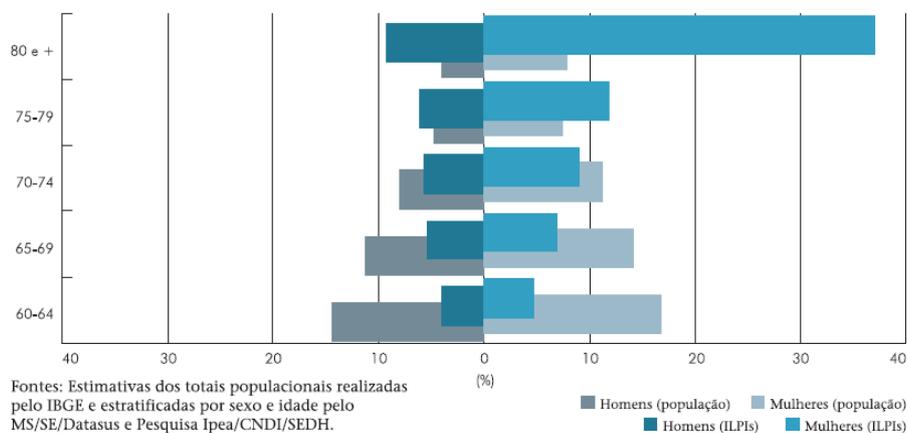


Figura 3 – Rio Grande do Sul: distribuição proporcional da população de idosos do estado e de idosos residentes nas instituições de longa permanência por sexo e idade – 2007-2008.

A título de garantir à população idosa os direitos assegurados na legislação e considerando a necessidade de definir critérios mínimos para funcionamento e avaliação, qualificação na prestação de serviços das ILPIs, e ainda definição de critérios de prevenção e redução de riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes nestas instituições, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária regulamentou as normas de funcionamento para as ILPIs de caráter residencial, através da Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005<sup>8</sup>.

Neste contexto, na pesquisa do IPEA foram avaliados os itens como espaços disponíveis de convivência, distribuição de leitos, os serviços de saúde oferecidos, o quadro funcional e as características de idosos residentes. Entretanto, a mesma pesquisa não avaliou itens importantes preconizados pela RDC 283/2005, tais como, funcionalidade legal da instituição, requisitos estruturais de segurança e acessibilidade, dimensionamento físico de espaços de acordo com o número de idosos residentes, como também acesso, privacidade e segurança dos residentes.

Por outro lado, na pesquisa IPARDES foram analisados os quesitos que correspondiam aos itens de convivência, atividades de lazer, dimensionamento de cuidadores por grau de dependência, responsabilidade técnica, recursos humanos das instituições, perfil biopsicossocial dos idosos residentes, recursos de saúde ofertados pelas

instituições, responsabilidade por medicamentos, vacinas e instalações físicas das instituições<sup>7</sup>.

Quanto à distribuição de leitos, segundo pesquisa IPEA (2008), os quartos com cinco leitos ou mais representam 5,2%, estando em desacordo com a RDC 283/2005, esta que preconiza quartos com até no máximo quatro leitos. Cabe salientar que a pesquisa não apontou se os leitos são separados por sexo ou não, bem como as condições de conforto e segurança dos dormitórios não foram consideradas na pesquisa do IPEA (2008), ficando um ponto de fragilidade em relação à condição de habitação desses espaços. Na pesquisa IPARDES, do total de 3.254 dormitórios disponíveis, 8% tinham 6 ou mais leitos.

Os processos operacionais preconizados pela RDC 283/2005 contemplam a elaboração de um plano de trabalho pela ILPI, como também Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos residentes, alguns destes aspectos foram mencionados na pesquisa IPEA (2008). Os serviços médicos próprios foram encontrados em 86% das ILPIs respondentes<sup>4</sup>. O segundo serviço mais oferecido foi a fisioterapia, em 38%. Também foram citados na pesquisa IPEA serviços de terapia ocupacional e atendimento psicológico com 28% e 24% de presença identificada dos profissionais, respectivamente, nas instituições pesquisadas. Além dos serviços de saúde próprios (54), em torno de 85% das instituições respondentes declararam contar com os serviços da rede Sistema Único de Saúde (SUS) e 53% com atendimento da rede privada. Além disso, 22,0% das instituições respondentes disseram receber a visita do Programa de Saúde da Família e 34% visitas da Pastoral da Pessoa Idosa.

De outra forma, a pesquisa IPARDES apontou alguns dados referentes à condição de saúde dos idosos e à oferta de serviços à saúde. O perfil de morbidade dos residentes identificado na pesquisa IPARDES, apresentou maior prevalência de hipertensão e problemas cardíacos 46%, problemas motores 24%, diabetes 21% e doenças crônico-degenerativas 18%. Quanto à oferta de serviços, a maior utilização foi do Sistema Único de Saúde (SUS), representando 72% dos atendimentos, o plano privado à saúde 26%, sendo que 48% das instituições ofereciam serviços próprios de saúde. Na abordagem aos aspectos de promoção e prevenção à saúde, voltada à atenção integral da saúde do idoso, 34% dos atendimentos médicos, 33% dos exames e 37% dos medicamentos eram realizados e/ou fornecidos nas unidades básicas de saúde. O Programa de Saúde da Família realizava visitas em 56% das instituições e 4% destas realizavam programas de educação em saúde<sup>7</sup>.

A estrutura organizacional técnica e operacional, conforme a RDC 283/2005, prevê que a instituição deve possuir um Responsável Técnico, com formação superior e que cumpra no mínimo vinte horas semanais de trabalho, e que responde junto à Vigilância

Sanitária. Item não apontado na pesquisa IPEA. Entretanto na pesquisa IPARDES, 33% dos responsáveis técnicos identificados possuíam nível superior ou mais, e 27% ensino médio, porém não foi apontado qual o percentual de instituições que possuíam responsável técnico oficial.

Conforme pesquisa IPEA (2008), para cada cuidador no Estado, existiam aproximadamente oito residentes, observa-se o fato de que esse indicador não levou em conta a carga horária do funcionário e nem o grau de dependência do idoso, mas tão-somente avaliou a relação entre número absoluto de residentes em relação aos funcionários cuidadores por função. A norma da ANVISA<sup>8</sup> define que idosos com grau de dependência I requerem um cuidador para cada 20 idosos, os idosos de grau de dependência II, um cuidador para cada 10 idosos, e grau de dependência III, um cuidador para cada 6 idosos, sendo que a carga horária de cada cuidador é de 8 (oito) horas/dia. Sabe-se que uma sobrecarga de trabalho para o cuidador pode contribuir como elemento para desencadear atos de violência contra o residente, em especial aos mais idosos e em piores condições de saúde (IPEA/2008). A pesquisa IPEA identificou o grau de dependência dos idosos residentes, onde foram mensurados os diferentes níveis de autonomia dos idosos através dos critérios de dependência definidos pela Política Nacional do Idoso, que quantifica o grau de dependência a partir do número de atividades da vida diária que o residente consegue executar por conta própria. Desta forma, segundo as instituições pesquisadas pelo IPEA, 36% dos residentes foram classificados como independentes 31% como semidependentes, e 33% como dependentes. A pesquisa IPARDES identificou o grau de dependência dos idosos, sendo que 45% eram independentes, 38% semidependentes e 17% totalmente dependentes. Na pesquisa IPARDES foram identificadas 713 funções de cuidadores com carga horária de 30 horas semanais, sendo que 11% das instituições não possuíam a função de cuidador de idosos.

Os profissionais que compõe a equipe funcional das ILPIs respondem pelo atendimento a um número de idosos residentes e com carga horária mínima de trabalho, conforme legislação, e ainda profissional de saúde vinculado à equipe de trabalho, com registro no seu respectivo Conselho de Classe, estes quesitos não foram pesquisados pelo IPEA.

A pesquisa IPARDES identificou funções de profissionais e horas trabalhadas semanais, vinculados à equipe de trabalho da ILPI, 154 médicos, 19 dentistas, ambos com 3 horas semanais de trabalho, farmacêuticos com 10 horas, 81 nutricionistas com 9 horas, 13 fonoaudiólogos com 5 horas, 37 psicólogos com 8 horas, 106 enfermeiros com 27 horas,

119 técnicos de enfermagem com 40 horas, 330 auxiliares de enfermagem com 37 horas e 88 terapeutas ocupacionais com carga horária de 7 horas semanais. A responsabilidade pelos medicamentos em 14% das instituições era do farmacêutico, com 9 horas semanais de trabalho, sendo que na maioria das ILPIs pesquisadas pelo IPARDES o controle de medicamentos é feito por outros profissionais, a pesquisa, entretanto não informou se esses profissionais eram da área da saúde ou administrativa.

O serviço de remoção utilizado pelas ILPIs pesquisadas pelo IPARDES era 11% realizado por ambulâncias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 5% utilizavam o serviço do plano de saúde ou privado. A vacinação dos idosos residentes, conforme a pesquisa IPARDES, 55% das instituições utilizavam vacinação das UBS's. A oferta de equipamentos de autoajuda (cadeiras de roda, maca, etc) foi identificada em 95% das instituições pesquisadas pelo IPARDES.

As atividades de lazer foram descritas na pesquisa IPARDES, onde 58% das instituições pesquisadas realizavam semanalmente passeios, caminhadas ou bailes, 49% priorizavam a televisão como lazer e 40% das ILPIs organizavam jogos, pintura ou artesanato. Treinamento em atividades de geração de renda, atividades educacionais e informática foram os serviços oferecidos menos oferecidos pelas ILPIs de acordo com a pesquisa IPEA, e não foram citados na pesquisa IPARDES.

A convivência entre residentes, família e comunidade, atividade preconizada pela ANVISA, foi declarada na pesquisa IPARDES, onde 88% das instituições propiciavam o contato dos idosos com a comunidade e 80% estimulavam a visita dos familiares, principalmente através de ligações telefônicas.

No que se refere à infraestrutura das ILPIs, quanto aos espaços disponíveis, ambas as pesquisas IPEA e IPARDES identificaram que a maioria das instituições possuía refeitório e sala de TV e vídeo (98) em ambas, seguindo-se jardim, encontrado em 94% das instituições pesquisadas pelo IPEA. Além desses espaços, os residentes, na pesquisa IPEA têm acesso à sala ecumênica ou capela (36), biblioteca ou sala de leitura (21) e piscina (6). Outros espaços foram, na pesquisa IPEA, citados por 36,5% das instituições, como, por exemplo, hortas, salão de festas, sala de jogos, sala de fisioterapia, sala para atendimento médico, entre outros. Segundo a pesquisa, declararam possuir acomodações para cuidadores, 48,3% das instituições.

No que diz respeito às fontes que garantem o financiamento das instituições, conforme pesquisa IPEA, foi verificado que a maior parte delas (74,4) é financiada pelos residentes. Ainda foi verificado que 77,3% afirmaram que solicitavam aos residentes uma

contribuição regular em dinheiro para poderem manter os estabelecimentos, entre estas instituições encontravam-se aquelas com fins lucrativos e as filantrópicas. Os valores recebidos de cada residente oscilavam entre R\$ 100,00 e R\$ 3.560,00, sendo que o valor médio foi de R\$ 779,14. A segunda principal fonte de renda foram doações – oriundas da comunidade, doações espontâneas de familiares de residentes, igrejas ou organizações não governamentais (ONGs) – que responderam por 15,0% do total. Verbas destinadas às ILPIs pelo poder público respondiam por somente 5,7% da renda total e, por fim, completam o financiamento das ILPIs a própria renda das instituições através de fundações mantenedoras, sociedades beneficentes e clubes.

O IPARDES, em sua pesquisa, não apontou dados referentes ao financiamento das ILPIs.

Os estudos a respeito das ILPIs carecem de maiores pesquisas relacionadas aos quesitos que atendam à satisfação e às expectativas dos idosos e seus familiares quanto ao cuidado e a percepção de qualidade com relação aos serviços prestados e a estrutura física das instituições, bem como a capacidade financeira da família e do próprio idoso quanto ao custeio total da manutenção do idoso, composto pelo custo direto da institucionalização somado aos custos indiretos não cobertos pela instituição. Ainda neste contexto, sobre o processo de institucionalização, a decisão de institucionalizar e o respeito à vontade do idoso ainda são conhecimentos incógnitos, os quais se pretende elucidar neste estudo.

O valor percebido pelo cliente é uma avaliação simultânea de qualidade percebida e do esforço para aquisição do bem ou serviço. Os benefícios percebidos (qualidade de vida relacionada à saúde e satisfação) são influenciados por variáveis de atendimento aliadas à autopercepção do estado de saúde. Ao mesmo tempo, o cliente avalia e pondera o esforço despendido, referente ao acesso e preço. Uma organização para aumentar o valor percebido de seus produtos ou serviços, pode, portanto, aumentar a qualidade percebida ou reduzir o esforço percebido<sup>14</sup>.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a perspectiva dos PTD sobre a escolha de uma ILPI e sua relação com o provável respeito à decisão do idoso em institucionalizar-se e a importância que os primeiros dão aos serviços preconizados pela legislação.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Observar o perfil do tomador de decisão em contratar um ILPI, bem como do idoso potencial cliente a ser institucionalizado.

Identificar os motivos de uma possível institucionalização do idoso por parte da família: grau de dependência, cuidados para Atividades de Vida Diária (AVDs), tratamentos, vontade do idoso, conflitos familiares, falta de suporte familiar e outros.

Observar os fatores determinantes que levariam os PTDs a respeitar ou não a decisão final do idoso em caso de uma institucionalização.

Avaliar expectativa referente a serviços e preços por parte da população potencialmente tomadora de decisão de contratação de uma ILPI, através das variáveis determinantes na escolha de uma ILPI por parte dos potenciais tomadores de decisão em relação ao preço (econômica) ou estrutural (serviços e recursos humanos).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Delineamento**

Estudo descritivo, analítico transversal.

### **4.2 População em estudo**

Os Potenciais Tomadores de Decisão (PTD) em contratação de serviços de uma ILPI.

### **4.3 Procedimento amostral / recrutamento**

Para o cálculo amostral dos tomadores de decisão em contratar uma ILPI, os autores do projeto não encontraram na literatura estudo similar que pudesse ser utilizado para esse cálculo. Em função disso foram utilizados os dados relacionados aos idosos institucionalizados. Levando-se em consideração o número de ILPIs observado pela pesquisa do IPEA, e o número médio de moradores por instituição, estimou-se que 1,7% dos idosos estivessem institucionalizados em Porto Alegre. Na mesma pesquisa observou-se uma percentagem de 0,6% de idosos institucionalizados no estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre apresentaria assim, 3,5 vezes mais idosos institucionalizados. Supondo que fosse este o percentual de pessoas que buscam a institucionalização, para observarmos uma amostra significativa dos potenciais tomadores de decisão em contratação de uma ILPI, a um intervalo de confiança de 95%, seria necessário entrevistar 133 tomadores de decisão. Esta estimativa foi superior ao encontrado, pois a percentagem de pessoas que estavam cogitando uma possível institucionalização para o idoso foi maior que a percentagem de idosos institucionalizados. Assim, o número amostral foi recalculado à medida que as primeiras entrevistas foram realizadas, chegando a um  $n$  amostral de 98 Potenciais Tomadores de Decisão entrevistados.

### **4.4 Critérios de seleção**

Os critérios de seleção foram divididos em: Inclusão e Exclusão.

### **4.5 Inclusão**

Os critérios de inclusão foram: estar interessado em uma possível institucionalização do idoso no estado do Rio Grande do Sul, ser parente em primeiro ou segundo grau e/ou representante legal do idoso, e ter mais de 18 anos.

#### **4.6 Exclusão**

Como critérios de exclusão para potenciais tomadores de decisão em contratação de serviços foram utilizados: o fato do idoso familiar do tomador de decisão, ou por ele ser responsável, residir fora do estado do Rio Grande do Sul, e a negação do entrevistado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.7 Coleta dos dados**

Os tomadores de decisão por contratação de uma ILPI foram convidados a participar da pesquisa, através de anúncios na mídia impressa, eletrônica ou falada, e ainda por envio de correspondência eletrônica e encontros presenciais. Nos anúncios constará um número de telefone para contato e agendamento de entrevista. As entrevistas foram realizadas no escritório da pesquisadora, na residência dos PTDs e/ou no local de trabalho dos mesmos, conversação eletrônica, encaminhadas por correio eletrônico pela pesquisadora. O instrumento de pesquisa, denominado Instrumento de Pesquisa – Potencial Tomador de Decisão (Anexo 3), foi elaborado a partir do da RDC 283/2005, estatuto do idoso, normas da vigilância sanitária e dados da pesquisa do IPEA, acrescidos de questões de referências socioeconômica, de demanda de serviços, bem como de características do potencial tomador de decisão e do idoso. Foi explicado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), e a assinatura no mesmo foi coletada antes do início da aplicação do questionário da pesquisa.

#### **4.8 Variáveis de estudo**

Este estudo considerou as variáveis dependentes, independentes e descritivas.

#### **4.9 Variáveis dependentes**

A pesquisa tentará explicar os motivos determinantes ao respeito ou não, por parte do PTD, à decisão final do idoso quanto à institucionalização.

#### **4.10 Variáveis Independentes**

Os possíveis fatores (variáveis) determinantes ao respeito ou não à decisão final do idoso quanto à institucionalização foram divididos em: variáveis pessoais do PTD, como grau de parentesco, renda, profissão, grau de instrução e representação legal; e variáveis motivadoras da institucionalização, como estrutura familiar, motivo de institucionalização, receio em institucionalizar, forma e valor de financiamento desejado, características do

institucionalizado: idade, gênero, estado civil, arranjos familiares, renda, escolaridade, condições de saúde e grau de dependência.

#### **4.11 Variáveis Descritivas**

As variáveis relacionadas à perspectiva do PTD a respeito do funcionamento legal, estrutura funcional geral e quadro de recursos humanos da instituição serão abordadas descritivamente.

#### **4.12 Análise Estatística**

A análise descritiva foi realizada através da frequência ou médias e desvio padrão, tanto das variáveis dependentes, quanto das variáveis independentes.

As variáveis dependentes do grau de conformidade com a ANVISA foram testadas à sua normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Confirmada a normalidade a análise de variância foi utilizada para testar a diferença na média do grau de conformidade com as variáveis independentes e para as variáveis de percepção direta ou indireta do benefício, para o tomador de decisão. Desta forma a média do grau de percepção direta ou indireta do benefício foi associada com as variáveis pessoais do entrevistado, variáveis motivadoras da institucionalização e características do institucionalizado, pela análise de variância para as variáveis categóricas ou regressão linear para as variáveis numéricas, que são: rendas, tempo de procura de uma ILPI, idade do entrevistado e idade do idoso. Foi considerado significativo o teste que obteve um  $p < 0,05$ .

#### **4.13 Considerações Éticas**

O Sindicato de Hospitais e Clínicas de Porto Alegre (SINDIHOSPA) forneceu uma listagem contendo os dados cadastrais e de pessoa de contato das clínicas geriátricas de Porto Alegre, estas filiadas ao sindicato. Para ter acesso à listagem, a pesquisa contou com uma Carta de Autorização assinada pelo Diretor do SINDIHOSPA.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica em Pesquisa do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Número de aprovação do CEP 10 /05312). A pesquisa e seus objetivos foram informados ao PTD previamente ao preenchimento e coleta da assinatura do mesmo no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Potencial Tomador de Decisão em contratar uma ILPI (Anexo 2). Uma cópia da dissertação entregue ao Comitê de Geriatria do SINDIHOSPA.

## 5 RESULTADOS

O estudo observou as características sociodemográficas dos PTDs e sua associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso.

Tabela 1- Distribuição dos Potenciais Tomadores de Decisão quanto gênero e a associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso quanto à institucionalização.

<b>Gênero</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Feminino	28(39,4)	43(60,6)	71(72,4)
Masculino	11(40,7)	16(59,3)	27(27,6)
Total	39(39,8)	59(60,2)	98(100,0)

$p=0,906$

A tabela 1 apresenta a frequência do gênero entre os PTDs, onde a predominância feminina foi de 72%. Não houve associação significativa entre o grau de instrução e a decisão do idoso em relação à institucionalização ( $p=0,906$ ).

Tabela 2- Distribuição dos Potenciais Tomadores de Decisão quanto ao grau de instrução e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso quanto à institucionalização.

<b>Grau de instrução do PTD</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Fundamental até 4ª série	0(0,0)	2(100)	2(2,0)
Fundamental até 8ª série	3(50,0)	3(50,0)	6(6,1)
Médio	8(50,0)	8(50,0)	16(16,3)
Superior Incompleto	11(29,7)	26(70,3)	37(37,8)
Superior Completo	9(40,9)	13(59,1)	22(22,4)
Pós-graduação	8(53,3)	7(46,7)	15(15,3)
Total	39(39,8)	59(60,2)	98(100,0)

$p=0,4157$

A tabela 2 apresenta a distribuição do grau de instrução dos PTDs, onde a maior concentração foi de pessoas com nível superior incompleto 38%, seguida por superior completo, ensino médio, pós-graduação e ensino fundamental. Não houve associação significativa entre o grau de instrução e a consideração em relação à decisão do idoso acerca da institucionalização. Porém, observou-se que para os respondentes com nível de

escolaridade superior incompleto o percentual que se refere a levar em conta a decisão final do idoso, foi maior que o esperado (70). Mesmo agrupando-se os níveis de escolaridade, a associação manteve-se não significativa.

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes quanto ao grau de parentesco e sua associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso quanto à institucionalização.

<b>Grau de parentesco do PTD</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Esposo(a)	1(33,3)	2(66,7)	3(3,1)
Filho(a)	19(34,5)	36(65,5)	55(56,1)
Neto(a)	9(37,5)	15(62,5)	24(24,5)
Nora/genro	4(80,0)	1(20,0)	5(5,1)
Outro	6(54,5)	5(45,5)	11(11,2)
Total	39(39,8)	59(60,2)	98(100,0)

$p=0,276$

A tabela 3 apresenta a distribuição dos tomadores de decisão quando ao grau de parentesco com o idoso e o fato desses levarem em conta a decisão do idoso quando à institucionalização. Ao todo 98 pessoas responderam a questão sobre o grau de parentesco com o idoso, sendo que 56% eram filhos, seguido de netos com 25% e outros com 11%. Não houve associação entre grau de parentesco do entrevistado e a decisão final acerca da institucionalização. Entretanto, observamos que nos tomadores de decisão com grau de parentesco direto com o idoso, a percentagem de pessoas que respeitariam a decisão do idoso foi maior que as demais. Sendo que noras e genros seriam os familiares que menos considerariam como decisão final (20), a do idoso.

Tabela 4 - Distribuição dos respondentes quanto à representatividade legal do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso quanto à institucionalização.

<b>Representante legal do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	27(47,4)	30(52,6)	57(60,0)
Sim	11(28,9)	27(71,1)	38(40,0)
Total	38(40,0)	57(60,0)	95(100,0)

$p=0,072$

A tabela 4 apresenta a distribuição dos PTDs quanto à representatividade legal em relação ao idoso e o fato desses levarem em conta a decisão do idoso quando à

institucionalização. Ao todo, 95 pessoas responderam a questão sobre representante legal do idoso. Sendo que 60% declararam não serem os representantes legais do idoso. Houve indicativo de associação significativa entre a representatividade legal com o idoso e a decisão final acerca da institucionalização,  $p=0,07$ . Sendo que nos tomadores de decisão que declararam serem responsáveis legais pelo idoso a percentagem de pessoas que levariam em conta a decisão do idoso na institucionalização foi maior que o esperado (71).

Tabela 5- Distribuição dos respondentes quanto à responsabilidade pela atenção e saúde e bem-estar do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso quanto à institucionalização.

<b>Responsável pela atenção à saúde e bem-estar do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	22(41,5)	31(58,5)	53(55,8)
Sim	15(35,7)	27(64,3)	42(44,2)
Total	37(38,9)	58(61,1)	95(100,0)

$p=0,565$

A tabela 5 apresenta a distribuição dos PTDs em relação ao principal responsável pela atenção à saúde e bem-estar do idoso e o fato desses levarem em conta a decisão do idoso quando à institucionalização. No total 95 pessoas responderam à questão, sendo que 56% declararam não serem os principais responsáveis pelo idoso. Não houve associação significativa entre a pessoa ser a principal responsável pelo idoso e a decisão final acerca da institucionalização ( $p=0,565$ ).

Tabela 6- Distribuição dos respondentes quanto à percepção em relação às ILPIs e associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso quanto à institucionalização.

<b>Percepção do PTD em relação às ILPIs</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não tenho percepção formada	16(35,6)	29(64,4)	45(46,9)
Tenho boa percepção	12(44,4)	15(55,6)	27(28,1)
Não tenho boa percepção	10(41,7)	14(58,3)	24(25,0)
Total	38(39,6)	58(60,4)	96(100,0)

$p=0,735$

A tabela 6 apresenta a distribuição dos PTDs quanto à percepção em relação às ILPIs, e o fato desses levarem em conta a decisão do idoso quando à institucionalização.

Das 96 pessoas que responderam 47% declaram não terem percepção formada, 28% declaram ter boa percepção e 25% responderam não terem boa percepção em relação às ILPIs. Não houve associação significativa entre a percepção em relação às ILPIs e a decisão final acerca da institucionalização. Porém, observamos que nos tomadores de decisão que não possuíam percepção formada acerca das ILPIs a percentagem de pessoas que respeitariam a decisão final do idoso foi maior do que aquelas que declaram alguma percepção em relação às ILPIs.

Tabela 7 – Distribuição dos respondentes quanto ao fato de acatar ou não a decisão do idoso quanto à institucionalização e o maior receio do PTD em caso de uma possível institucionalização.

<b>Maior receio do PTD em caso de uma possível institucionalização</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>P</b>
Reação negativa de outros familiares	11(55,0)	9(45,0)	20(20,4)	p=0,565
Reação negativa de vizinhos	0(0,0)	4(100)	4(4,1)	p=0,125
Sentimento de culpa	12(31,6)	26(68,4)	38(38,8)	p=0,090
Receio que o idoso não seja bem cuidado	29(37,7)	48(62,3)	77(78,6)	p=0,280
Que o idoso não se adapte à ILPI	4(80,0)	1(20,0)	5(5,3)	p=0,069
Nenhum	3(75,0)	1(25,0)	4(4,1)	p=0,164
Total	39(39,8)	59(60,2)	98(100)	

A tabela 7 apresenta a distribuição dos PTDs quanto ao maior receio desses, no caso de uma possível institucionalização. Ao todo 98 pessoas responderam, sendo que 79% teriam receio que o idoso não fosse bem cuidado, 39% teriam sentimento de culpa, 25% temeriam uma reação negativa por parte de vizinhos e familiares, 5% que o idoso não se adaptasse a ILPI e 4% declaram que não teriam receio algum em institucionalizar o idoso.

Não houve associação significativa entre os receios dos PTDs em relação à decisão final do idoso acerca da institucionalização. Porém, observamos que os PTDs que teriam receio de experimentar sentimento de culpa quando da institucionalização do idoso (68,4) e os PTDs que teriam receio de uma reação negativa por parte de vizinhos (100), tiveram percentuais acima do esperado em relação a levar em conta a decisão do idoso.

Tabela 8- Distribuição dos respondentes quanto aos principais motivos para institucionalização do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Principais motivos para institucionalização do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>P</b>
Vontade do idoso	10(27,0)	27(73,0)	37(38,1)	p=0,042
Viuvez	3 (100)	0(0,0)	3(3,1)	p=0,057
Solidão	2(16,7)	10(83,3)	12(12,4)	p=0,078
Dificuldades para AVDs	23(46,9)	26(53,1)	49(50,5)	p=0,084
Dificuldades no comportamento do idoso	10(55,6)	8(44,4)	18(18,8)	p=0,085
Falta de estrutura para cuidar do idoso na família	16(45,7)	19(54,3)	35(36,1)	p=0,218
Falta de suporte familiar/social	7(58,3)	5(41,7)	12(12,4)	p=0,128
Mudanças na estrutura familiar	5(50,0)	5(50,0)	10(10,3)	p=0,339
Outros	2(25,0)	6(75,0)	8(8,8)	p=0,364
<b>Total</b>	<b>38(39,2)</b>	<b>59(60,8)</b>	<b>97(100)</b>	

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos principais motivos para institucionalização do idoso. Do total de 97 respondentes, 50% declaram que dificuldades do idoso para Atividades da Vida Diária seria motivo para institucionalização, 38% se o próprio idoso tivesse vontade própria de institucionalizar-se, 36% se não tivesse estrutura para cuidar do idoso na família, seguido de dificuldades no comportamento do idoso 18%, solidão e falta de suporte familiar e/ou social 12%, viuvez como menor percentual, 3%.

Os PTDs que respeitariam a vontade do idoso seriam também aqueles que respeitariam que a decisão final do idoso no caso de uma institucionalização. A associação entre a vontade do idoso como motivo de institucionalização e a decisão final do idoso em institucionalizar-se apresentaram indicativo de associação significativa, sendo  $P = 0,05$ .

A viuvez seria uma condição onde não seria respeitada a decisão do idoso em caso de institucionalização, sendo um indicativo de associação significativa pelo teste de Fisher, onde  $p=0,057$ .

Para a solidão observou-se um indicativo de significância,  $P = 0,07$ , onde o percentual de pessoas que respeitariam a decisão do idoso em institucionaliza-se foi

superior à média esperada, levando a crer que idosos com sentimento de solidão teriam sua decisão respeitada.

Quanto às dificuldades com relação às AVDs e o comportamento do idoso, o estudo demonstrou que idosos com dificuldades comportamentais e para desempenho nas AVDs teriam menores chances de terem sua decisão levada em conta em caso de uma institucionalização. Houve indicativo de associação significativa, onde  $p=0,084$ , para de respondentes que não levariam em conta a decisão do idoso, caso o mesmo apresentasse dificuldades para AVDs e  $p=0,085$  para dificuldades de comportamento do idoso, sendo percentuais acima do esperado.

Em famílias com falta e/ou social o idoso teria menores chances de ter sua decisão ouvida, 58% dos PTDs não levariam em conta a decisão do idoso no caso de uma institucionalização, embora não apresentasse associação significativa estatística entre a decisão final ser do idoso em caso de institucionalização a e falta de suporte familiar.

Tabela 9- Distribuição dos respondentes quanto ao decisor final em caso de institucionalização do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Decisor final em caso de institucionalização do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b><i>p</i></b>
Idoso	39(39,8)	59(59,2)	98(100)	
Cônjuge/companheiro	5(62,5)	3(37,5)	8(8,2)	$p=0,160$
Somente 1 dos filhos	5(83,3)	1(16,7)	6(6,1)	$p=0,035$
Dois ou mais filhos	28(59,6)	19(40,4)	47(48,0)	$p=0,000$
Noras/genros	3(60,0)	2(40,0)	5(5,1)	$p=0,310$
Netos	2(40,0)	3(60,0)	5(5,1)	$p=0,664$
Outras pessoas familiares ou não	3(100)	0(0,0)	3(3,3)	$p=0,056$
<b>Total</b>	<b>39(39,8)</b>	<b>59(60,2)</b>	<b>98(100,0)</b>	

A tabela 9 apresenta a distribuição dos decisores finais em caso de institucionalização do idoso. Dos 98 respondentes, 59,2% declaram que a decisão final seria do idoso, 48% que a decisão final sobre a institucionalização caberia a dois ou mais filhos e o restante distribuído entre os demais.

Houve associação significativa entre levar em conta a decisão final do idoso e a decisão de somente um dos filhos sobre a institucionalização, sendo que quando apenas um

dos filhos decide sobre a institucionalização a decisão do idoso não seria levada em conta,  $p=0,035$ .

Quando dois ou mais filhos decidem pela institucionalização, a associação entre a decisão do idoso e de dois ou mais filhos é significativa, onde  $p= 0,000$ , onde a decisão do idoso não seria levada em conta para 28 de 47 respondentes, representando 60%.

Quando a decisão final sobre institucionalização recai sobre outras pessoas, a associação estatística foi indicativa de significância, demonstrando que a decisão final do idoso não seria respeitada, onde  $p=0,056$ .

Para a decisão final acerca da institucionalização por parte de netos e netas e levar em conta a decisão do idoso, não houve associação significativa, porém os percentuais demonstraram que a decisão dos netos não inibira a decisão final do idoso.

Tabela 10- Distribuição dos respondentes quanto à quantidade de ILPIs visitadas e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

Quantidade de ILPIs visitadas	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso</b> n(%)	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso</b> n(%)	<b>Total</b> n(%)
Nenhuma	27(38,6)	43(61,4)	70(77,8)
Apenas 1	2(28,6)	5(71,4)	7(7,8)
De 1 a 3	3(42,9)	4(57,1)	7(7,8)
De 4 a 6	2(40,0)	3(60,0)	5(5,6)
Acima de 6	1 (100)	0(0,0)	1(1,1)
<b>Total</b>	<b>35(38,9)</b>	<b>55(61,1)</b>	<b>90(100,0)</b>

$p=0,747$

A tabela 10 apresenta a distribuição da quantidade de ILPIs visitadas e a associação com a decisão final do idoso em caso de institucionalização. No total 90 PTDs responderam à pesquisa, onde 78% não haviam visitado alguma ILPI, 16% de 1 a 3 instituições, e 7% de 4 a 6.

O estudo demonstrou que não há associação significativa entre a quantidade de ILPIs visitadas e o fato do PTD levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização.

Tabela 11 - Distribuição dos respondentes quanto ao motivo de não ter institucionalizado o idoso até o momento e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Motivo de não ter institucionalizado o idoso até o momento</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>P</b>
Estrutura	3(25,0)	9(75,0)	12(15,6)	p=0,292
Preço	2(14,3)	12(85,7)	14(18,2)	p=0,051
Localização	2(50,0)	2(50,0)	4(5,3)	p=0,470
Outros	24(42,9)	32(57,1)	56(73,7)	p=0,068
Total	28(36,4)	49(63,6)	77(100,0)	

A tabela 11 apresenta a distribuição dos motivos pelos quais os PTDs não teriam institucionalizado o idoso até o momento da pesquisa, e a associação com a decisão final do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 77 respondentes, onde 73% declaram ter outros motivos para a não institucionalização. Sendo que dos motivos relatados, o preço teve maior percentual 18%, com uma associação significativa, de  $p=0,051$ , onde respeitar a decisão final do idoso estaria associada ao valor da mensalidade da ILPI.

Tabela 12 - Distribuição dos respondentes quanto às localidades que as ILPIs seriam procuradas e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Localidades que as ILPIs seriam procuradas</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Apenas na capital	2(50,0)	2(50,0)	4(8,7)
Apenas nas cidades de residência dos filhos	0(0,0)	1 (100)	1(2,2)
Na cidade de residência do idoso e dos filhos	3(30,0)	7(70,0)	10(21,7)
Nas cidades de residência e na capital	2(25,0)	6(75,0)	8(17,4)
Total	15(32,6)	31(67,4)	46(100)

$p=0,857$

A tabela 12 apresenta a distribuição das localidades que as ILPIs seriam procuradas e a associação com a decisão final do idoso em caso de institucionalização. A cidade de residência do idoso e dos filhos foi declarada por 22% dos PTDs como localidade onde

procurariam uma ILPI, dos 46 respondentes. O estudo demonstrou que não existe associação significativa entre a localidade da ILPI e levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização.

Tabela 13- Distribuição dos respondentes quanto ao valor da mensalidade considerado pagável e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Valor da mensalidade considerado pagável</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Sem condições de pagar mensalidade	2(50,0)	2(50,0)	4(4,6)
Até R\$ 1.100,00	18(31,6)	39(68,4)	57(65,5)
A partir de R\$ 1.101,00	14(53,8)	12(46,2)	26(29,9)
<b>Total</b>	<b>34(39,1)</b>	<b>53(60,9)</b>	<b>87(100)</b>

p=0,053 (para mensalidade acima ou abaixo de R\$ 1.100,00)

Ao juntar os PTDs que referiram poder pagar um valor de mensalidade de R\$ 1.100,00 ou menor, totalizou 57 respondentes, destes 39 (68) levariam em conta a decisão do idoso em caso de institucionalização. Entre os PTDs que poderiam pagar um valor maior que R\$1.100,00 a percentagem de pessoas que acataria a decisão do idoso diminui para 46,2% (12 dos 26 respondentes). A associação entre valor de mensalidade e levar em conta a decisão do idoso obteve um nível de indicativo de significância (p=0,053).

Tabela 14 - Distribuição dos respondentes quanto à responsabilidade financeira pelo pagamento da mensalidade da ILPI e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Responsável financeiro pelo pagamento da mensalidade da ILPI</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>p</b>
Sem condições de pagar mensalidade	4(66,7)	2(33,3)	6(7,0)	p=0,164
Aposentadoria do idoso	23(41,8)	32(58,2)	55(62,5)	p=0,612
Um familiar	4(50,0)	4(50,0)	8(12,5)	p=0,238
Mais de um familiar	12(33,3)	24(66,7)	36(42,4)	p=0,373
Outros	1(50,0)	1(50,0)	2(2,8)	p=0,619
<b>Total</b>	<b>34(39,5)</b>	<b>52(60,5)</b>	<b>86(100,0)</b>	

A tabela 14 apresenta a distribuição da responsabilidade financeira referente o pagamento da mensalidade da ILPI e a associação com a decisão final do idoso. O estudo demonstrou que 62% dos PTDs declaram que a aposentadoria do idoso seria a fonte de financiamento da ILPI juntamente com mais de um familiar, 42% dos 86 respondentes.

Não houve associação significativa entre a decisão final do idoso e a questão relativa à responsabilidade do pagamento das mensalidades.

Tabela 15 - Distribuição dos respondentes quanto às responsabilidades financeiras e o cuidado com o idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>As responsabilidades financeiras e o cuidado com o idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
As responsabilidades financeiras e o cuidado são conjugados entre os familiares e/ou responsáveis	25(39,7)	38(60,3)	63(75,9)
Cabe a alguns membros o cuidado e a outros o financiamento da saúde do idoso	4(20,0)	16(80,0)	20(24,1)
<b>Total</b>	<b>29(34,9)</b>	<b>54(65,1)</b>	<b>83(100,0)</b>

$p=0,087$

A tabela 15 apresenta a distribuição da divisão das responsabilidades financeiras e de cuidado com o idoso por parte da família e/ou responsáveis e a relação com a decisão final do idoso em caso de institucionalização. De acordo com o demonstrado na tabela N, as responsabilidades financeiras e o cuidado seriam conjugados entre os familiares e/ou responsáveis 76% dos 83 respondentes.

Houve um indicativo de significância,  $p=0,087$ , entre levar em conta a decisão final do idoso acerca da institucionalização e a divisão das responsabilidades da família e/ou responsáveis, onde famílias em que as responsabilidades financeiras são atribuídas a alguns membros e o cuidado a outros, a decisão final do idoso em relação à institucionalização tende a ser respeitada.

Tabela 16 - Distribuição do gênero do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Gênero do Idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Feminino	21(38,2)	34(61,8)	55(57,9)
Masculino	16(40,0)	24(60,0)	40(42,1)
Total	37(38,9)	58(61,1)	95(100,0)

$p=0,857$

A tabela 16 apresenta a frequência dos idosos em relação ao gênero. Dos 95 idosos da pesquisa, 58% eram mulheres. Não houve associação significativa entre o gênero e o fato de levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização.

Tabela 17 - Distribuição da renda do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Renda do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Até R\$ 545,00	11(47,8)	12(52,2)	23(25,8)
De R\$ 546,00 a R\$ 1.090,00	9(25,0)	27(75,0)	36(40,4)
De R\$ 1.091,00 a R\$ 2.200,00	10(50,0)	10(50,0)	20(22,5)
De R\$ 2.201,00 a R\$ 5.500,00	1(25,0)	3(75,0)	4(4,5)
Acima de R\$ 5.501,00	4(66,7)	2(33,3)	6(6,7)
Total	35(39,3)	54(60,7)	89(100,0)

$p=0,137$

A tabela 17 apresenta a distribuição da renda do idoso e a associação entre o fato de levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização. O maior percentual das respostas, 40% foi para mensalidades entre R\$ 546,00 e R\$ 1.090,00, e o menor 4,5% para mensalidades entre R\$ 2.201,00 e R\$ 5.500,00. Mesmo agrupando os níveis maiores de mensalidade a associação manteve-se não significativa.

Não houve associação significativa entre o valor da mensalidade e levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização.

Tabela 18- Distribuição do estado civil do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Estado civil do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Casado	20(41,7)	28(58,3)	48(49,5)
Divorciado	2(66,7)	1(33,3)	3(3,1)
Solteiro	2(50,0)	2(50,0)	4(4,1)
Viúvo	14(35,0)	26(65,0)	40(41,2)
Vive com companheiro(a)	0(0,0)	2 (100)	2(2,1)
<b>Total</b>	<b>38(39,2)</b>	<b>59(60,8)</b>	<b>97(100,0)</b>

$p=0,582$

A tabela 18 apresenta a frequência dos idosos em relação ao estado civil e a associação com a decisão final do idoso. Dos 97 idosos da pesquisa, 50% eram casados e 41% viúvos. Não houve associação significativa entre o estado civil e a decisão final do idoso em caso de institucionalização.

Tabela 19 - Distribuição do grau de instrução do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Grau de instrução do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Sem instrução	4(44,4)	5(55,6)	9(9,4)
Ensino fund até 4ª série	15(37,5)	25(62,5)	40(41,7)
Ensino fund até 8ª série	6(22,2)	21(77,8)	27(28,1)
Ensino médio	8(66,7)	4(33,3)	12(12,5)
Superior incompleto	2(66,7)	1(33,3)	3(3,1)
Superior completo	2(50,0)	2(50,0)	4(4,2)
Pós-graduação	1 (100)	0(0,0)	1(1,0)
<b>Total</b>	<b>38(39,6)</b>	<b>58(60,4)</b>	<b>96(100,0)</b>

$p=0,131$

A tabela 19 apresenta a distribuição do grau de instrução dos idosos e a associação com a decisão final do idoso. Dos 96 idosos, 42% e 28% cursaram o ensino fundamental, até a 4ª e 8ª série respectivamente. Não houve associação significativa entre o grau de instrução dos idosos e a decisão final do idoso em caso de institucionalização. Ao agruparmos os idosos com ensino fundamental completo e incompleto e os idosos com ensino médio, superior e pós-graduação, a associação passou a ser significativa (0,0248), indicando que os idosos com ensino fundamental completo ou incompleto seriam mais respeitados quanto à sua decisão final de institucionalização.

Tabela 20 - Distribuição da moradia do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Com quem o idoso vive</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Com esposo(a) /companheiro(a)	18(41,9)	25(58,1)	43(43,9)
Com filhos	11(47,8)	12(52,2)	23(23,5)
Com netos	0(0,0)	3 (100)	3(3,1)
Com outros parentes	1(50,0)	1(50,0)	2(2,0)
Em Instituição de Longa Permanência para Idosos	2(100)	0(0,0)	2(2,0)
Sozinho	7(28,0)	18(72,0)	25(25,5)
Total	39(39,8)	59(60,2)	98(100)

*p=0,203*

A tabela 20 apresenta a frequência dos idosos em relação à moradia e a associação com levar em conta a decisão final do idoso. De 98 idosos, 44% moravam com esposo (a) e/ou companheiro(a), 25% sozinhos e 23% com filhos.

Não houve associação significativa entre a moradia e o fato de levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização. Porém percentuais acima do esperado foram identificados, em relação ao respeito em relação à decisão final do idoso em institucionalizar-se, no caso de idosos que moravam sozinhos ou com os netos.

Tabela 21 - Distribuição do grau do número de filhos vivos do idoso e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Número filhos vivos do idoso</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Nenhum	4(80,0)	1(20,0)	5(5,2)
Um a três	20(46,5)	23(53,5)	43(44,8)
Quatro	9(40,9)	13(59,1)	22(22,9)
Cinco ou mais	5(19,2)	21(80,8)	26(27,1)
<b>Total</b>	<b>38(39,6)</b>	<b>58(60,4)</b>	<b>96(100,0)</b>

$p=0,039$

A tabela 21 apresenta a frequência dos idosos em relação ao número de filhos vivos e associação com a relevância da decisão do idoso em caso de uma institucionalização.

Houve-significância entre o número de filhos vivos e a decisão final do idoso em institucionalizar-se,  $p=0,039$ , onde se identificou que famílias com menor número de filhos vivos tendem a respeitar menos a decisão final do idoso em institucionalizar-se. Famílias com número de filhos igual ou maior que cinco, teriam maior consideração pela decisão do idoso.

Tabela 22 – Distribuição acerca da pessoa responsável pela prestação de assistência para atividades do idoso de forma mais frequente, e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.

<b>Presta ajuda e assistência para as atividades do idoso de forma mais frequente</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>P</b>
Filha	21(33,9)	41(66,1)	62(64,6)	$p=0,204$
Filho	14(35,9)	25(64,1)	39(40,6)	$p=0,659$
Nora	2(28,6)	5(71,4)	7(7,3)	$p=0,448$
Genro	3(42,9)	4(57,1)	7(7,3)	$p=0,551$
Neta	2(22,2)	7(77,8)	9(9,4)	$p=0,290$
Neto	2(25,0)	6(75,0)	8(8,3)	$p=0,338$
Esposo(a)/companheiro(a)	10(41,7)	14(58,3)	24(25,3)	$p=0,751$
Cuidador	6(85,7)	1(14,3)	7(7,4)	$p=0,013$
Vizinhos	2(100,0)	0(0,0)	2(2,1)	$p=0,149$
Outros	3(50,0)	3(50,0)	6(6,6)	$p=0,399$
<b>Total</b>	<b>37(38,5)</b>	<b>59(61,5)</b>	<b>96(100,0)</b>	

A tabela 22 apresenta a distribuição da prestação de ajuda e assistência para as atividades do idoso e a associação com a consideração pela decisão final do idoso em caso de institucionalização. Ao todo 96 PTDs responderam a questão, onde 65% da prestação de ajuda e assistência ao idoso seriam prestadas por filhas, os filhos seriam responsáveis por 41% e esposo(a)/ companheiro(a) por 25%. Não houve diferença no nível de significância ao agruparmos os diferentes níveis de parentesco.

Não houve associação significativa entre a prestação de ajuda e assistência para as atividades do idoso e as respostas: filha, filho, nora, genro, neta, neto, esposo(a)/companheiro, vizinhos e outros. Porém quando idoso vive com cuidadores a associação foi significativa,  $p=0,01$ , demonstrando que idosos que vivem com cuidadores não teriam sua decisão respeitada, no caso de uma institucionalização.

Tabela 23 - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento de cuidadores e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Idoso recebe atendimento de cuidadores</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	27(34,2)	52(65,8)	79(82,3)
Sim	11(64,7)	6(35,3)	17(17,7)
Total	38(39,6)	58(60,4)	96(100,0)

$p=0,019$

A tabela 23 apresenta a frequência de idosos que recebem atendimento por parte de cuidadores contratados e a associação com o fato de acatar ou não a decisão do idoso em caso de institucionalização. Onde 96 pessoas responderam a questão, sendo que 18% dos idosos recebiam atendimento de cuidadores. Houve associação significativa entre o idoso receber atendimento de cuidadores contratados e a decisão final da institucionalização ser por parte do idoso, onde  $p=0,01$ , demonstrando que idosos que recebiam atendimento de cuidadores contratados teriam menores chances de decidir sobre a sua institucionalização.

Tabela 24 - Distribuição do tipo de rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Ambas (pública e privada)	4(33,3)	8(66,7)	12(12,4)
Rede do Plano de Saúde	22(40,7)	32(59,3)	54(55,7)
Rede privada (custeada pelo idoso/família)	4(33,3)	8(66,7)	12(12,4)
Rede pública (SUS)	8(42,1)	11(57,9)	19(19,6)
Total	38(39,2)	59(60,8)	97(100,0)

$p= 0,295$

A tabela 24 apresenta a frequência da rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza e a associação com o fato de acatar ou não a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 97 respondentes, onde 55% utilizavam a rede do plano de saúde.

Não houve associação significativa entre a rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza e a decisão final do idoso sobre a institucionalização.

Tabela 25 - Distribuição dos idosos que possuem plano privado de assistência à saúde e a associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>O idoso possui plano privado de assistência à saúde</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	12(44,4)	15(55,6)	27(27,8)
Sim	27(38,6)	43(61,4)	70(72,2)
Total	39(40,2)	58(59,8)	97(100)

$p=0,596$

A tabela 25 apresenta a frequência dos idosos que possuem planos privados de assistência à saúde e a associação com o fato de acatar ou não a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 97 respondentes, onde 72% idosos eram beneficiários de planos de saúde privados.

Não houve associação significativa entre a o idoso possuir planos privados de saúde e a decisão final do idoso sobre a institucionalização.

Tabela 26 - Distribuição dos idosos que possuem plano privado atendimento pré-hospitalar em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>O idoso possui plano privado de atendimento pré-hospitalar</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	25(41,0)	36(59,0)	61(64,9)
Sim	14(42,4)	19(57,6)	33(35,1)
Total	39(41,5)	55(58,5)	94(100)

$p=0,592$

A tabela 26 apresenta a frequência de idosos que possuíam plano privado de atendimento pré-hospitalar e a associação com o fato de acatar ou não à decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 94 respondentes, onde 35% utilizavam os serviços de planos privados de atendimento pré-hospitalar.

Não houve associação significativa entre o idoso possuir plano privado de atendimento pré-hospitalar e a decisão final do idoso sobre a institucionalização.

Tabela 27 - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento domiciliar de saúde em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Idoso necessita de atendimento domiciliar de saúde</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	29(37,2)	49(62,8)	78(85,7)
Sim	9(69,2)	4(30,8)	13(14,3)
Total	38(41,8)	53(58,2)	91(100,0)

$p=0,031$

A tabela 27 apresenta a frequência de distribuição de idosos que necessitam de atendimento domiciliar de saúde e a associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 91 PTDs respondentes, onde 14% dos idosos necessitavam de atendimento domiciliar de saúde. Houve associação significativa entre o idoso necessitar de atendimento domiciliar de saúde e a decisão final da institucionalização ser por parte do idoso, onde  $p=0,03$ , demonstrando que idosos que necessitavam de atendimento domiciliar de saúde teriam menores chances de decidir sobre a institucionalização.

Tabela 28 - Distribuição dos idosos que necessitam de atendimento de profissionais de saúde em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Idoso necessita de atendimento de profissionais de saúde</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	21(35,6)	38(64,4)	59(79,7)
Sim	10(66,7)	5(33,3)	15(20,3)
Total	31(41,9)	43(58,1)	74(100,0)

*p= 0,029*

A tabela 28 apresenta a frequência de distribuição de idosos que necessitam de atendimento de profissionais da saúde e a associação estatística com o fato de levar em conta a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 74 PTDs respondentes, onde foi relatado que 20% dos idosos necessitavam de atendimento de profissionais da saúde. Houve associação significativa entre o idoso necessitar de atendimento domiciliar de saúde e a decisão final da institucionalização ser por parte do idoso, onde  $p=0,029$ , demonstrando que idosos que necessitavam de atendimento de profissionais da saúde teriam menor poder de decisão em caso de uma institucionalização.

Tabela 29 - Distribuição das doenças e/ou limitações que os idosos apresentam em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Doenças/limitações que o idoso apresenta</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b><i>p</i></b>
Incontinência urinária	8(47,1)	9(52,9)	17(17,5)	p=0,355
Incontinência fecal	2(33,3)	4(66,7)	6(6,2)	p=0,539
Doença de Parkinson	1 (100)	0(0,0)	1(1,0)	p=0,402
Alzheimer	10(90,9)	1(9,1)	11(11,3)	p=0,000
Hipertensão	16(44,4)	20(55,6)	36(37,1)	p=0,513
Diabetes	4(26,7)	11(73,3)	15(15,5)	p=0,191
Osteoporose	5(19,2)	21(80,8)	26(26,8)	p=0,008
Câncer	1(20,0)	4(80,0)	5(5,2)	p=0,327
Doença pulmonar/respiratória de repetição	3(75,0)	1(25,0)	4(4,2)	p=0,181
Artrose	8(40,0)	12(60,0)	20(20,6)	p=0,596
Doença do coração	8(36,4)	14(63,6)	22(22,7)	p=0,675
Depressão	6(42,9)	8(57,1)	14(14,4)	p=0,826
Doença Mental	4(66,7)	2(33,3)	6(6,2)	p=0,174
Dependência Química (álcool e drogas)	0(0,0)	4 (100)	4(4,1)	p=0,122
Desnutrição	1 (100)	0(0,0)	1(1,0)	p=0,402
Sequela de AVC	3(75,0)	1(25,0)	4(4,1)	p=0,176
Sem doença	9(42,9)	12(57,1)	21(22,8)	p=0,605
Total	39(40,2)	58(59,8)	97(100,0)	

A tabela 29 apresenta a frequência da distribuição das doenças que o idoso apresentava estas relatadas pelos PTDs, em associação estatística com o fato de levar em conta a decisão do idoso em caso de institucionalização. Foram entrevistados 97 PTDs respondentes, e as doenças mais prevalentes nos idosos foi a hipertensão, presente em 37% dos idosos, a osteoporose 27%, a doença do coração 23%, a artrose 21%, a incontinência urinária 17%, o diabetes 15%, a depressão 14%, a doença de Alzheimer 11%, e outras de menor prevalência. Declaram ainda que 21 idosos (23), não teriam doenças.

Não houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e a Incontinência Urinária, Incontinência Fecal, Doença de Parkinson, Hipertensão, Diabetes, Câncer, Doença pulmonar/respiratória de repetição, Artrose, Depressão, Doença Mental, Dependência Química (álcool e drogas), Desnutrição e Sequela de AVC e idosos que não apresentavam doenças.

Houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e a Doença de Alzheimer, onde  $p=0,000$ , com percentual de 91% de respondentes que não levariam em conta a decisão do idoso, sendo esse portador de Doença de Alzheimer, demonstrando que idosos dementes não seriam consultados sobre a decisão de institucionalização.

Outra associação significativa encontrada foi entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e a Osteoporose,  $p=0,008$ , onde idosos com osteoporose teriam sua autonomia respeitada no momento de decisão sobre uma possível institucionalização.

Tabela 30 - Distribuição dos idosos que sofreram quedas em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Idoso sofreu quedas</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
<b>Não</b>	20(41,7)	28(58,3)	48(49,5)
<b>Sim</b>	18(37,5)	30(62,5)	48(49,5)
<b>Não sabe responder</b>	1 (100)	0(0,0)	1(1,0)
<b>Total</b>	39(40,2)	58(59,8)	97(100,0)

$p=0,432$

A tabela 30 apresenta a frequência da distribuição dos idosos que haviam sofrido quedas e a associação com o fato de acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 97 PTDs respondentes, onde metade dos idosos (50) já havia sofrido quedas.

Não houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e o fato de o idoso ter sofrido quedas.

Tabela 31 - Distribuição dos idosos que sofreram fraturas na queda em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Idoso sofreu fratura na queda</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
<b>Não</b>	33(43,4)	43(56,6)	76(80,9)
<b>Sim</b>	5(27,8)	13(72,2)	18(19,1)
<b>Total</b>	38(40,4)	56(59,6)	94(100,0)

p=0,171

A tabela 31 apresenta a frequência da distribuição dos idosos que haviam sofrido quedas com fraturas e a associação com o fato de acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização. Das respostas dos 94 PTDs entrevistados, 18 idosos (19) haviam sofrido fraturas em função de quedas.

Não houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e o fato de o idoso ter sofrido quedas com fraturas.

Tabela 32 - Distribuição dos tipos de fraturas sofridas pelos idosos.

<b>Descrição do tipo de fratura em função da queda</b>	<b>Total n(%)</b>
Quadril	3(17)
Punho	1(6)
Coluna	2(11)
Pé	5 (28)
Antebraço	1(6)
Braço	1(6)
Perna	3(17)
Outra	2(11)
<b>Total</b>	18 (100,0)

A tabela 32 apresenta a distribuição do tipo de quedas sofridas pelos idosos. Ao todo 18 idosos com quedas, sendo a fratura mais frequente no pé (28), seguida por quadril e perna (17) e outras. O estudo entrevistou PTDs acerca de necessidades que idoso poderia apresentar em relação ao uso de sonda para alimentação, oxigenoterapia, ventilação mecânica, sonda vesical ou coletor de urina, porém não foram identificados idosos que

necessitassem de tais itens de suporte à vida.

Tabela 33 - Distribuição dos idosos portadores de feridas crônicas em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.

<b>Idoso portador de feridas crônicas</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não	27(35,5)	49(64,5)	76(88,4)
Não sabe responder	4(80,0)	1(20,0)	5(5,8)
Sim	2(40,0)	3(60,0)	5(5,8)
Total	33(38,4)	53(61,6)	86(100,0)

$p=0,144$

A tabela 33 apresenta a frequência dos idosos que eram portadores de feridas crônicas e o fato de acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização. Das respostas dos 86 PTDs, 5 idosos (6%) eram portadores de feridas crônicas.

Não houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e o fato de o idoso ser portador de feridas crônicas.

Tabela 34 - Distribuição das AVDs que o idoso necessita de ajuda em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso.

<b>AVDs que o idoso necessita de ajuda</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>	<b>p</b>
Não necessita de ajuda	20(30,8)	45(69,2)	65(73,0)	$p=0,093$
Banho	15(78,9)	4(21,1)	19(20,2)	$p=0,000$
Alimentação	10(90,9)	1(9,1)	11(11,7)	$p=0,000$
Movimentação	13(92,9)	1(7,1)	14(14,9)	$p=0,000$
Continência (urina/fezes)	9(75,0)	3(25,0)	12(12,8)	$p=0,008$
Vestimenta	14(82,4)	3(17,6)	17(18,1)	$p=0,000$
Higienização	14(87,5)	2(12,5)	16(17,0)	$p=0,000$
Total	37(39,4)	57(60,6)	94(100,0)	

A tabela 34 apresenta a frequência de idosos que necessitam de ajuda para as Atividades da Vida Diária (AVDs) e sua associação com o fato de acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 94 PTDs respondentes, onde 26% dos idosos necessitavam de alguma ajuda.

Os idosos que necessitavam de qualquer ajuda teriam as menores chances de poder decidir acerca de uma possível institucionalização, todas as necessidades apresentaram associação estatística significativa; fosse para movimentação,  $p=0,000$ , banho,  $p=0,000$ , alimentação,  $p=0,000$ , movimentação,  $p=0,000$ ; continência para urina e/ou fezes,  $p=0,008$ ; vestir-se  $p=0,000$ ; higienização,  $p=0,000$ . Demonstrando que idosos dependentes, para uma ou mais, AVDs não seriam consultados sobre a decisão de uma possível institucionalização.

Houve indicativo de significância entre a decisão final do idoso quanto à institucionalização e nenhuma necessidade de ajuda para AVDs,  $p= 0,093$  onde os idosos independentes para AVDs teriam maior poder de decisão sobre uma possível institucionalização.

Tabela 35 - Distribuição como o idoso caminha em associação com o fato de levar em conta a decisão do idoso

<b>Como o idoso caminha</b>	<b>Não levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Levaria em conta a decisão final do idoso n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Caminha bem	18(29,0)	44(71,0)	62(63,9)
Caminha com dificuldade, mas sem ajuda de aparelho (bengala ou andador)	7(41,2)	10(58,8)	17(17,5)
Caminha com ajuda de aparelho (bengala ou andador)	7(63,6)	4(36,4)	11(11,3)
Usa cadeira de rodas	4(80,0)	1(20,0)	5(5,2)
Não caminha (acamado)	2 (100)	0(0,0)	2(2,1)
<b>Total</b>	<b>38(39,2)</b>	<b>59(60,8)</b>	<b>97(100,0)</b>

$p=0,016$

A tabela 35 apresenta a distribuição de como os idosos deambulam em associação com levar em conta a decisão do idoso em caso de institucionalização. A pesquisa contou com 97 PTDs respondentes, onde 64% dos idosos caminhavam bem, e os demais necessitavam de alguma ajuda para deambular.

Houve associação significativa entre a decisão final do idoso quanto à decisão acerca da institucionalização e o fato de como o mesmo caminha, onde  $p=0,0168$ . Observou-se que o nível de capacidade para deambular do idoso está diretamente ligado com seu poder de tomar a decisão no caso de uma institucionalização. Ou seja, quanto maior o grau de independência do idoso para deambular maior o seu poder de decidir sobre institucionalizar-se ou não. Idosos que caminham bem e sem ajuda têm 71% de chances de decidir sobre a institucionalização, enquanto idosos que são usuários de cadeiras de rodas 20% e idosos acamados 0% de chances. Observou-se que conforme o grau de capacidade de deambular declina, aumenta a possibilidade de que a decisão do idoso não seja respeitada, no caso de uma institucionalização.

Tabela 36 - Distribuição dos itens considerados indispensáveis pelos PTD, quanto ao funcionamento legal da ILPI

<b>Itens considerados indispensáveis pelos PTD, quanto ao funcionamento legal da ILPI</b>	<b>n(%)</b>
Registro da ILPI no Conselho Municipal de Idosos	61(67,8)
Alvará válido de licenciamento expedido pela Vigilância Sanitária	75(83,3)
Se o funcionamento da ILPI está sob responsabilidade técnica de um profissional de nível superior	50(55,6)
Se a ILPI possui Contrato Social ou Estatuto Registrado	58(65,2)
Se existe garantia de visita aberta a familiares e amigos	59(65,6)
Se existe registro de saúde atualizado de cada idoso	68(75,6)
Total	90(100)

A tabela 36 apresenta a frequência dos itens relacionados ao funcionamento legal de uma ILPI, estes considerados indispensáveis por parte dos PTDs. Ao todo 90 pessoas responderam à questão, 83% consideraram que o alvará de licenciamento seria item indispensável no funcionamento legal de uma ILPI, seguido de registro de saúde do idoso (76), registro da ILPI no Conselho Municipal de Idosos, a ILPI possuir contrato social ou estatuto registrado, e permitir visita aberta aos idosos, foram itens considerados indispensáveis para 65% dos PTDs. Se a ILPI está sob a responsabilidade técnica de um profissional de saúde de nível superior foi apontado como indispensável por 56% dos PTDs.

Tabela 37 - Distribuição dos serviços considerados indispensáveis pelos PTDs em uma ILPI

<b>Serviços considerados indispensáveis pelo PTD em uma ILPI</b>	<b>n(%)</b>
Recursos humanos (profissionais de saúde e cuidado)	72(80,0)
Limpeza/serviços gerais	80(88,9)
Alimentação	77(86,5)
Estrutura física	62(68,9)
Lazer	57(64,0)
Atendimento à saúde do idoso	79(88,8)
Total	90(100)

A tabela 37 apresenta a frequência dos itens relacionados aos serviços de uma ILPI, estes considerados indispensáveis por parte dos PTDs. Ao todo 90 pessoas responderam à questão, 89% consideraram que limpeza e serviços gerais e atendimento à saúde do idoso como itens indispensáveis, seguidos de alimentação 86%, recursos humanos da ILPI (profissionais de saúde, e cuidado) 80%, estrutura física e lazer, 69% e 64% respectivamente.

Tabela 38 - Distribuição da avaliação do quadro de recursos humanos da ILPI por parte do PTD

<b>Avaliação do quadro de recursos humanos da ILPI por parte do PTD</b>		<b>n(%)</b>
	Não	1(1,1)
	Sim	92(98,9)
A	Total	93(100,0)

tabela 38

apresenta a frequência com que os PTDs avaliariam o quadro de recursos humanos de uma ILPI. Ao todo 93 respondentes, sendo que 99% declaram que avaliariam o quadro de recursos humanos da ILPI, no caso decidir por uma institucionalização do idoso.

Tabela 39 - Distribuição da avaliação do quadro de recursos humanos da ILPI por parte do PTD

<b>Profissionais considerados indispensáveis pelo PTD em uma ILPI</b>	<b>n(%)</b>
Médico	79(84,9)
Enfermeiro	78(83,9)
Assistente social	32(34,4)
Psicólogo	45(48,4)
Fisioterapeuta	60(65,2)
Terapeuta ocupacional	27(29,7)
Nutricionista	58(62,4)
Farmacêutico	17(18,7)
Cirurgião dentista	24(25,8)
Educador físico	28(30,4)
Técnico e auxiliar de enfermagem	58(63,7)
Cuidadores com capacitação formal	57(64,0)
Cuidadores sem capacitação formal	18(21,2)
Total	93 (100)

A tabela 39 apresenta a frequência dos profissionais de uma ILPI que seriam considerados indispensáveis no momento da contratação dos serviços. Os profissionais médico e enfermeiro foram considerados indispensáveis por 85% e 84% dos PTDs, respectivamente. Fisioterapeuta, nutricionista, técnico de enfermagem e cuidadores com capacitação formal foram considerados indispensáveis para cerca de 60% dos respondentes. O profissional de psicologia foi considerado indispensável para 49% das pessoas, o assistente social indispensável para 34,4% e o educador físico para 30%. E menos de 30% dos PTDs consideraram indispensável a presença de profissionais farmacêuticos e cirurgiões dentistas, bem como cuidadores sem capacitação formal.

Ao todo, 93 PTDs responderam que seriam importantes atividades de lazer na ILPI, sendo que 100% consideraram importantes. Sendo que dentre essas atividades foram sugeridas a dança, a caminhada, exercícios físicos e de memória, confraternizações e atividades lúdicas.

Tabela 40 - Distribuição da avaliação dos itens da estrutura de uma ILPI, considerados indispensáveis pelo PTD

<b>Itens da estrutura de uma ILPI considerados indispensáveis pelo PTD</b>	<b>n(%)</b>
Habitabilidade (temperatura, odores e umidade)	75(83,3)
Condições de higiene e salubridade	85(92,4)
Dormitórios individuais	33(35,5)
Dormitórios de 02 a 04 pessoas	20(22,2)
Dormitórios separados por sexo	67(72,0)
Dormitórios dotados de luz de vigília e campainha de alarme	72(79,1)
Banheiros sem desnível e sem uso de revestimentos que produzam reflexos	72(80,0)
Sala de convivência	60(65,2)
Banheiro que permita o acesso de uma pessoa em cadeira de rodas	83(90,2)
Espaço ecumênico ou para meditação	28(30,4)
Refeitório	76(81,7)
Área externa coberta para atividades ao ar livre	69(75,0)
Pisos antiderrapantes	85(92,4)
Rampas e escadas com acessibilidade com corrimão de sinalização	86(93,5)

A tabela 40 apresenta a frequência dos itens de estrutura física de uma ILPI que seriam considerados indispensáveis no momento da contratação dos serviços. Condições de higiene e salubridade, rampas e escadas com acessibilidade com corrimão de sinalização, pisos antiderrapantes foram itens considerados indispensáveis por 90% dos PTDs. Habitabilidade (temperatura, odores e umidade), banheiros sem desnível e sem uso de revestimentos que produzam reflexos e refeitório indispensáveis para 80% das pessoas que responderam. Dormitórios separados por sexo, dormitórios dotados de luz de vigília e campainha de alarme e área externa coberta para atividades ao ar livre, itens indispensáveis para 70% dos respondentes. A sala de convivência foi elencada como indispensável por 65%, enquanto o espaço ecumênico ou para meditação e os dormitórios individuais por 30% das pessoas. Para 22% dos PTDs, dormitórios de 02 a 04 pessoas foram considerados itens como indispensáveis em uma ILPI.

## 6 DISCUSSÃO

Os Potenciais Tomadores de Decisão (PTD) que se interessaram em responder a pesquisa, sem sua maioria foram mulheres (72), fato que pode estar relacionado com os objetivos do estudo estarem relacionados com o histórico de cuidado ao idoso. Essa tarefa, em função de normas sociais, foi designada, ao longo do tempo, como atribuição basicamente feminina<sup>26</sup>.

O grau de instrução dos PTDs concentrou-se em superior incompleto revelando que para o Estado do Rio Grande do Sul (RS) a média de escolaridade é superior às demais do Brasil, uma vez que a pesquisa contou com diversas fontes de divulgação, sendo a maior parte por correio eletrônico, onde as pessoas mais instruídas têm mais chances de acesso. Segundo o IBGE, os estados do Sul e Sudeste do país apresentam maiores taxas de escolaridade, onde o número de pessoas que acessam à rede mundial de computadores (internet) cresceu 113% no Brasil, no sul 46% das pessoas são usuárias da rede.

Os filhos foram a maioria dos PTDs que se interessaram pela pesquisa (56), e netos (25). O envelhecimento da população favorece com que netos passem a participar dos cuidados de seus avós e avôs, e possam tratar de assuntos referentes a uma possível institucionalização. O cuidado com a geração mais velha tem sido atribuído aos seus descendentes, por imposições sociais e força de lei, priorizando o atendimento do idoso pela família<sup>26,6</sup>.

A preocupação com o cuidado ao idoso e a institucionalização foi declarada por 60% dos PTDs que não eram responsáveis legais pelo idoso, demonstrando que a responsabilidade legal pode não estar diretamente ligada com a decisão acerca da institucionalização. A maioria dos respondentes declarou-se como não sendo o principal responsável pela atenção à saúde e bem-estar do idoso (56%), isso leva a crer as responsabilidades possam ser conjugadas entre os membros da família.

A pesquisa demonstrou que metade das pessoas entrevistadas não possuía percepção formada acerca das ILPIs, e a outra metade subdividiu-se em ter boa percepção e não ter boa percepção. Esse resultado pode estar relacionado com o fato de que a instituição ILPI, ao longo do tempo, em seu modelo de residência coletiva para pessoas idosas, não conseguiu estabelecer-se e transmitir ao seu público a mensagem sobre a essência dos serviços. No Brasil, o Asilo São Luiz para Velhice desamparada, criado em 1890, e seu surgimento caracterizou a velhice, sendo um mundo a parte, que no momento

do ingresso acontecia o rompimento dos laços com a família.<sup>27</sup> Fato esse que pode ter sido desencadeado pelo histórico asilar e passagem para outro modelo de funcionamento, o modelo híbrido que conjuga o acolhimento social e de cuidados com a saúde do idoso. O fato de não possuir percepção formada por parte do PTD, conforme observado no estudo teria uma influência em acatar a decisão do idoso em caso de uma institucionalização. Essa falta de percepção poderia deixar a cargo do idoso sua própria decisão em institucionalizar-se, uma vez que o PTD não estivesse convicto acerca de sua percepção sobre as ILPIs, o mesmo transferiria ou compartilharia a decisão com o idoso.

O receio que o idoso não fosse bem cuidado, caso fosse institucionalizado, foi declarado por 79% dos PTDs, o que pode estar relacionado com o fato de que o PTD não tem uma percepção formada acerca da ILPI e por consequência dos serviços que esta pode oferecer. Os PTDs que relataram ter receio de experimentar sentimento de culpa ou temer uma reação negativa por parte de vizinhos foram o estrato da pesquisa, que relacionado à decisão final de institucionalização, apresentaram maiores chances de vir a acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização, estando acima da média esperada. O fato de compartilhar a decisão com idoso pode amenizar o sentimento de culpa, e servir de justificativa social junto aos vizinhos, no momento que a pessoa decide pela institucionalização do idoso. De forma geral, de acordo com Alcântara,<sup>10</sup> a decisão pela institucionalização pode causar sentimentos de culpa, impotência, remorso e medo de enfrentar a reprovação da opinião pública, cuja tendência é considerar sinônimo de abandono.

O estudo demonstrou que idosos dependentes em algum grau, pelas dificuldades para Atividades da Vida Diária (AVD), e famílias sem estrutura para atender às demandas do idoso foram os principais motivos de uma institucionalização. A relação entre as dificuldades dos idosos para AVDs e a institucionalização são demonstradas nas ILPIs do Estado do Rio Grande do Sul, onde conforme IPEA,<sup>4</sup> um terço dos idosos residentes em ILPIs eram semidependentes ou dependentes. O estudo, Idoso Asilado,<sup>21</sup> um estudo gerontológico, descreveu que os interesses e as necessidades dos membros da família podem não estar em consonância levando a uma dificuldade de aceitação do idoso no ambiente familiar. A queda na capacidade funcional o declínio cognitivo podem levar os idosos, mesmo aqueles que possuam cônjuge e núcleo familiar de referência, à institucionalização por diversas razões, dentre elas, as condições socioeconômicas, físicas, ambientais (domésticas) e emocionais.

O estudo demonstrou que, a decisão do idoso acerca da institucionalização teria menores chances de ser levada em conta, quando associada estatisticamente aos motivos para institucionalização caso o idoso apresentasse dificuldades para AVDs, bem como dificuldades em seu comportamento ( $p=0,08$ ). Idosos viúvos teriam menores chances de terem sua decisão respeitada ( $p=0,06$ ). Quando o motivo da institucionalização fosse solidão, a decisão do idoso seria respeitada. Se a vontade do idoso fosse motivo para institucionalização, sua decisão seria respeitada ( $p=0,04$ ). Dos idosos residentes em ILPIs no município de Caxias do Sul, 34,7% deles referiram a falta de cuidador como motivo de institucionalização, e 25% em função de serem sozinhos. Diante dos resultados identificou-se que idosos com maior capacidade funcional, mesmo que vivendo sozinhos teriam maiores chances de decidir acerca de seu futuro. A viuvez seria uma condição de vida que levaria o idoso à institucionalização, com indicativo de significância  $p=0,05$ , sem sua decisão ser respeitada. Idosos residentes em ILPIs, pesquisados no município de Caxias do Sul-RS, eram em sua maioria solteiros ou viúvos, demonstrando que a ausência de companheiro (a) é fator determinante de asilamento<sup>21</sup>.

Dos idosos da pesquisa que necessitavam de ajuda para AVDs, 26% do total, basicamente a necessidade de ajuda estava presente para todas as AVDs. O estudo denominado, Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS demonstrou que 40% dos idosos residentes em ILPIs eram dependentes para alguma AVD, segundo a escala de Barthel, sendo a atividade de banho com 63% de dependentes; para vestir-se 52%; higienizar-se 53%; continência (urina) 65%; e 32% dos idosos necessitavam de ajuda para deambular. No estudo Idoso Asilado, 53% dos idosos necessitavam de ajuda para alguma atividade da vida diária. Em comparação com os idosos na comunidade, os institucionalizados apresentaram maior necessidade de ajuda para se alimentar, para higiene pessoal, para se medicar, e também apresentaram menor controle esfinteriano<sup>24,21</sup>.

Idosos dependentes não teriam oportunidade de decidir sobre o futuro de sua residência, pois índices significativos de associação,  $p=0,000$ , apontaram que a decisão do idoso não seria levada em conta, em caso de institucionalização.

O grau de capacidade funcional, descrito pela forma que idoso caminha, foi outro indicativo da pesquisa que apontou as baixas chances do idoso decidir sobre seu destino. Quanto maior a capacidade de deambular, maiores as chances de o idoso ter sua decisão respeitada. Conforme declina a capacidade funcional, declina também a autonomia do idoso em decidir sobre a institucionalização. Idosos acamados em cadeiras de rodas e

idosos acamados não teriam sua decisão levada em conta, em caso de uma institucionalização. Idosos que caminham com dificuldade, ou movimentam-se em cadeiras de rodas representavam 50% dos residentes em uma ILPI privada com fins filantrópicos do município de Porto Alegre-RS, enquanto que em uma instituição privada de caráter filantrópico, 16% dos residentes caminhavam com dificuldade e nenhum residente foi identificado que necessitasse de cadeira de rodas. Nas ILPIs no município de Caxias do Sul, os idosos residentes que necessitavam de auxílio para movimentação o índice foi de 41%, e restritos ao leito 1,3% dos idosos<sup>12,24</sup>.

A decisão acerca da institucionalização, segundo o estudo, ficaria a cargo de dois ou mais filhos (48%), demonstrando que a decisão sobre o futuro local de residência dos pais, é compartilhada e definida pelos os filhos. Dos 21 idosos entrevistados pela pesquisa denominada Idoso asilado<sup>22</sup>, a subjetividade intramuros; apenas dois deles declaram terem ido ao asilo por vontade própria, sendo dos demais, 11 deles foram encaminhados ao asilo por um familiar.

A decisão do idoso não seria levada em conta quando somente um dos filhos, ou dois ou mais filhos, decidem sobre a institucionalização, onde  $p=0,035$  e  $p=0,000$  respectivamente, isso aconteceria caso outras pessoas, familiares ou não, decidissem ( $p=0,056$ ). O fato de familiares, ou não, decidirem a respeito de uma possível institucionalização, a decisão do idoso não seria levada em conta.

Quando existiu procura por ILPIs, a quantidade de instituições visitadas ficou entre 1 e 3, e o motivo de não ter institucionalizado o idoso foi preço (18%) e estrutura (15%) e da ILPI. A decisão do idoso seria respeitada, com se associada com o preço da mensalidade da instituição, fato que pode estar relacionado com a forma de financiamento da mensalidade, pois o estudo demonstrou que em 63% dos casos, pagamento da mensalidade da ILPI seria suportado pela aposentadoria do idoso. A pesquisa IPEA revelou que as fontes que garantem o financiamento das ILPIs no Rio Grande do Sul, em 74% dos casos advêm dos residentes, não descrevendo, porém se especificamente da aposentadoria dos idosos<sup>4</sup>.

A localização da ILPI teria preferência para instituições que fossem sediadas na cidade de residência do idoso e dos filhos, sem associação com a decisão final do idoso. Dessa forma, a localização da ILPI poderia facilitar o acesso da família até a ILPI, observando características culturais do local.

O valor da mensalidade que seria considerado pagável por 66% dos PTDs foi de até R\$ 1.100,00, o equivalente a dois salários mínimos, que se comparada com a renda dos idosos da pesquisa, onde 40% tinham renda entre 1 e dois salários mínimos, e associarmos

ao fato de que a aposentadoria do idoso seria responsável pelo custeio da mensalidade da ILPI em 63% dos casos, observou-se que o valor da mensalidade da ILPI está relacionado com renda da aposentadoria do idoso. Fato esse, que confirmou-se no estudo de Herédia et al, onde a renda da aposentadoria média de 52% dos idosos asilados em Caxias do Sul era, entre menos de 1 salário mínimo e menos de 2 salários mínimos, sendo que 64% dos idosos eram os financiadores de sua institucionalização. Corroborando com o estudo, a pesquisa IPEA identificou que os valores recebidos pelas ILPIs, por parte de cada residente, variaram entre R\$ 100,00 e R\$ 3.560,00, sendo que o valor médio foi de R\$ 779,14, valor esse dentro da expectativa declarada pelos PTDs<sup>21,4</sup>.

O estudo demonstrou que em 76% das famílias as responsabilidades financeiras e o cuidado com a saúde do idoso são compartilhados entre seus membros. Sendo que as famílias que não conjugam cuidados e responsabilidades de financiamento apresentaram maior indicativo de associação com o fato de, em caso de institucionalização, levar em conta a decisão do idoso. Dessa forma, leva-se a crer que famílias mais organizadas em relação ao cuidado e financiamento da saúde do idoso, tendem a respeitar mais a decisão do idoso em caso de institucionalização. De acordo com estudo em ILPIs no município de Caxias do Sul-RS, em 10,7% das mensalidades da ILPI eram financiados pelos filhos e outra mesma proporção por outros parentes do idoso<sup>21</sup>.

A “feminização” da velhice foi representada na pesquisa, pois quanto ao gênero dos idosos, 58% foram mulheres. Nas ILPIs do Estado, segundo IPEA, foi identificada uma proporção maior de mulheres institucionalizadas, 68%, seguindo resultados de pesquisas nacionais e internacionais. Entretanto, o gênero do idoso não apresentou associação com o fato de o mesmo decidir sobre a possível institucionalização. A demanda por ILPIs parece estar associada ao agravamento da situação de dependência do indivíduo<sup>4</sup>. Dessa forma, independentemente do gênero, se o idoso apresentar declínio funcional e comportamental, sua decisão não seria respeitada.

O estado civil dos idosos da pesquisa não apresentou associação com o fato de levar em conta a decisão final do idoso. Os idosos casados foram maioria 50%, seguido de viúvos 41%. Pesquisas sobre indivíduos institucionalizados no Estado apontam que idosos casados são minoria entre a população residente em ILPIs. No município de Passo Fundo, dos idosos pesquisados em ILPIs, apenas 5% eram casados. Em Caxias do Sul, 9,3% dos idosos residentes possuíam cônjuge<sup>24,21</sup>.

O percentual de idosos que cursaram apenas o ensino fundamental foi de 70%, sendo que não houve associação entre o grau de instrução do idoso e o fato de levar em

conta a decisão do idoso, Outras pesquisas realizadas no Rio Grande do Sul demonstraram alto índice de analfabetismo entre os idosos institucionalizados, este estudo, porém, identificou 9,4% potenciais idosos a serem asilados, os quais os PTDs declaram não terem instrução escolar alguma<sup>24,21</sup>.

A moradia do idoso, especificamente com quem o mesmo vive, está relacionada com o estado civil dos idosos da pesquisa, onde a maioria é casada, nesse caso ou vive com esposa (o) ou companheira (o), os demais vivem sozinhos ou com filhos. Indicando, conforme já descrito neste estudo, que idosos que possuem cônjuges ou companheiros estão menos sujeitos à institucionalização.

A condição de moradia do idoso não teve associação significativa com o fato de levar em conta a decisão do idoso em caso de institucionalização. Porém em relação ao número de filhos vivos do idoso, o estudo demonstrou que existe uma relação inversamente proporcional em relação número de filhos e o respeito à vontade do idoso, em caso de institucionalização, indicando associação,  $p=0,06$  entre as variáveis. Quanto menor o número de filhos vivos, maior a chance de que o idoso não tenha sua decisão acatada. Idosos sem filhos vivos teriam poucas chances de decidir sobre seu futuro. Famílias com maior número de filhos vivos, no caso cinco ou mais, seriam famílias que teriam mais predisposição a acatar a decisão do idoso em caso de institucionalização, com indicativo de significância. Esse fato pode estar relacionado com a disponibilidade cuidado pelos membros das famílias. Famílias, com poucos filhos ou nenhum, teriam maiores dificuldades de se organizar para atender às necessidades do idoso, fato esse ligado à dinâmica da vida contemporânea.

A ajuda e a assistência prestada ao idoso, de acordo com o estudo, eram com mais frequência prestadas pelas filhas 65% e filhos 41%, sendo que os netos participavam em 17% das vezes. Observou-se uma redistribuição da tarefa de cuidar, onde até então as filhas mulheres se ocupavam praticamente sozinhas dessa atribuição. Com o advento da profissionalização feminina, a mulher retira-se parcialmente do papel de cuidadora, compartilhando o manejo do cuidado com irmãos e netos<sup>21</sup>.

O estudo identificou que idosos que estavam sob os cuidados e moradia com cuidadores contratados não teriam sua decisão acatada, em caso de uma institucionalização ( $p=0,01$ ). Idosos que necessitam de cuidadores, geralmente são frágeis e dependentes, e como o estudo apontou idosos com dificuldades para AVDs não teriam sua decisão levada em conta.

A rede privada de assistência à saúde utilizada declarada por 55% dos idosos do estudo, sendo que 72% dos idosos eram beneficiários de planos de saúde, e 35% de planos privados de atendimento pré-hospitalar. O estudo denominado Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos<sup>11</sup> identificou que a opção por atendimento privado de saúde está relacionada com fatores econômicos e sociais, onde a renda familiar e não individual do idoso, famílias menores, gênero feminino, idosos mais idosos e melhor nível educacional são fatores que contribuem para o fato idoso utilizar a rede privada de saúde. As regiões sul e sudeste do Brasil estão entre as que possuem maiores taxas de cobertura de planos de saúde<sup>25</sup>, onde as maiores coberturas estão entre 70 a 79 anos (26,7%) e 80 anos e mais (30,2%). Sendo que entre as mulheres brasileiras mais idosas, na faixa de 80 anos e mais, 33% tinham plano privado de assistência médica, enquanto que entre os homens o percentual foi de 26%.

Além do plano de saúde e do atendimento pré-hospitalar o estudo procurou saber se os idosos necessitavam de atendimento domiciliar e de profissionais de saúde. Identificou-se que 14% dos idosos utilizavam serviço de atendimento domiciliar de saúde e 20% necessitavam de atendimento de profissionais de saúde. Verificou-se que em ambas as situações a decisão sobre uma possível institucionalização não seria por parte do idoso,  $p=0,03$ .

A pesquisa IPARDES<sup>16</sup> demonstrou a frequência das patologias mais prevalentes e incidentes nos idosos moradores das ILPIs pesquisadas, sendo a hipertensão 46%, doenças crônico-degenerativas 34%, problemas motores 46% e diabetes 21%. No estudo em Passo Fundo-RS<sup>24</sup> o comprometimento mental (39%), a hipertensão (32%), distúrbios osteomusculares (19%), doenças cerebrovasculares (18%) são foram mais observados em idosos dependentes. Nessa linha os PTDs declaram as doenças e/ou limitações que o idoso apresentava, e dentre elas as mais freqüentes foram hipertensão, osteoporose, doenças do coração, artrose, incontinência urinária, diabetes, depressão e doença de Alzheimer, sendo que 21% dos idosos não apresentavam doenças. Verificou-se no estudo que os idosos dementados, não teriam sua própria decisão no caso de institucionalização, em análise estatística,  $p=0,000$ . A prevalência da demência na população brasileira é cerca de 7%, sendo a maioria mulheres e aumentando a prevalência com o avançar da idade. Idosos portadores de demências são passíveis de institucionalização com mais frequência, dado à progressão da dependência física e mental de seus portadores, e por consequência aumentando a necessidade de cuidados por equipes multidisciplinares<sup>28,29</sup>. A falta de estrutura das famílias cuidadoras conjugada com as dificuldades apresentadas pela doença

a perante as necessidades do idoso pode levar a família a decidir pela institucionalização. No estudo nas ILPIs do município de Passo Fundo-RS, 39% dos idosos residentes apresentava comprometimento mental, podendo estar representando os dementados<sup>24</sup>.

As quedas, por sua vez, não apresentaram associação significativa com o fato da decisão do idoso, sendo que metade dos idosos da pesquisa já havia sofrido quedas e 19% deles, quedas com fraturas. Das fraturas, a mais frequente foi fratura de pé seguida de quadril. Idosos institucionalizados apresentaram maior número de fraturas, quando comparados com idosos da comunidade<sup>21</sup>. Dessa forma a relação de quedas com fraturas seria maior se a população em estudo estivesse institucionalizada.

O estudo entrevistou PTDs acerca de necessidades que idoso poderia apresentar em relação ao uso de sonda para alimentação, oxigenoterapia, ventilação mecânica, sonda vesical ou coletor de urina, porém não foram identificados idosos que necessitassem de tais itens de suporte à vida.

O estudo identificou que 6% dos idosos eram portadores de feridas crônicas, mas que esse fato não teve associação com a decisão final do idoso, em caso de institucionalização. Estudos apontaram que a prevalência de úlceras por pressão em idosos institucionalizados entre 9 e 12%, na média de idade 84 anos e com 32 meses de residência na ILPI. A média de idosos portadores de feridas crônicas encontrada na comunidade foi de 6%, abaixo da média da média dos institucionalizados<sup>30</sup>.

Ao avaliar o funcionamento legal da ILPI, 83% os Potenciais Tomadores de Decisão (PTD) declaram que o Alvará de licenciamento da Vigilância Sanitária, previsto pela RDC 283/2005 e Lei Federal nº 6.437/1977, que se refere à organização da ILPI, seria item indispensável no caso de uma contratação, e 76% dos PTDs se a ILPI possui registro de saúde do idoso, Lei 1.071/2003, redação da RDC 283/2005. O quesito responsabilidade técnica, RDC 283/2005, foi o item menos considerado pelos PTDs (56). Quanto aos demais itens previstos na RDC 283/2005, como registro da ILPI no Conselho Municipal de Idosos, Contrato Social ou Estatuto Registrado e garantia de visita aberta aos familiares os graus de importância aferidos pelos PTDs foram inferiores que os demais. Demonstrando que os PTDs estão mais preocupados com as questões relacionadas à saúde do idoso, do que com questões de funcionamento legal da instituição. Dessa forma, as ILPIs que estiverem se estruturando, ou estruturadas para atender, além das demandas sociais, as demandas referentes aos aspectos de saúde e fragilidade dos idosos teriam preferência do público potencial decisor<sup>8</sup>.

A garantia de visita aberta a familiares e amigos, considerada indispensável por 66% dos entrevistados pode estar relacionada com a frequência das visitas que os familiares mantêm quando o idoso reside em ILPIs. A legislação da ANVISA, RDC 283/2005, prevê o incentivo e promoção da participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente. Porém estudos demonstram que idosos residentes em ILPIs comentam que se ressentem com o afastamento do mundo externo visível pelas poucas visitas que recebem e escassos passeios que realizam<sup>22</sup>. Outro fato relacionado com a manutenção da continuidade dos vínculos pós-institucionalização é a afetividade construída entre pais e filhos ao longo da vida, além da separação física que contribui para fragilidade dos laços familiares<sup>10</sup>. Diante do exposto, o fato de os PTDs terem dado mais importância às questões de saúde dos idosos, pode estar representando um distanciamento desses com relação aos aspectos sociais e de convivência com seus idosos.

Os itens relacionados ao quadro de recursos humanos, alimentação e serviços gerais, alimentação e saúde do idoso seriam mais considerados em uma ILPI que a estrutura física e de lazer que a instituição oferecesse.

O quadro de recursos humanos de uma ILPI previsto na RDC 283/2005 da ANVISA, contemplam responsável técnico, cuidador, profissional para atividades de lazer, profissional para alimentação e profissional de saúde vinculado à equipe de trabalho.<sup>8</sup>

A Limpeza e serviços gerais, assim definidos na legislação como: manter os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, manter disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes; os produtos utilizados no processamento de roupa devem ser registrados ou notificados na ANVISA/MS<sup>8</sup>.

O quesito alimentação, previsto na legislação da ANVISA<sup>8</sup>, define que a instituição deve garantir aos idosos a alimentação, respeitando os aspectos culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias, e observar o estabelecido na RDC nº. 216/2004 que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, sendo que a instituição deve manter disponíveis normas e rotinas técnicas quanto aos procedimentos de limpeza e descontaminação dos alimentos; armazenagem de alimentos; preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas de manipulação; boas práticas para prevenção e controle de vetores; acondicionamento dos resíduos.

Saúde do idoso, descrita na RDC 283/2005, Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, que deve ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados; prever a atenção integral à saúde do

idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes; a ILPI deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização; comprovar a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização de Ministério da Saúde. Cabendo 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. A instituição deve dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso. 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<sup>8</sup>.

Dos profissionais de saúde e cuidado da instituição, pesquisados no estudo, o médico e o enfermeiro foram os profissionais considerados indispensáveis para 84% dos respondentes. A legislação não faz referência à obrigatoriedade da ILPI manter médico ou enfermeiro em seu quadro de pessoal. Os fisioterapeutas, nutricionistas, estes não previstos na legislação, e técnicos de enfermagem seriam indispensáveis para 60% dos PTDs. O assistente social foi considerado indispensável por 34%, dos entrevistados. Por outro lado, os menores níveis de importância declarados pelos PTDs foram para farmacêutico, cirurgião dentista, terapeuta ocupacional, estes sem referência na RDC 283/2005; e cuidadores sem capacitação formal.<sup>8</sup> Sendo assim, ILPIs que possuíssem equipes multidisciplinares de saúde, ou ainda médicos e enfermeiros, estariam ofertando serviços além do mínimo preconizado pela legislação. No Rio Grande do Sul, segundo pesquisa IPEA, profissionais da saúde faziam parte do quadro recursos humanos das ILPIs, contratados ou voluntários, sendo que o médico e a enfermagem representavam 4,8% e 18,7%, respectivamente do total de funcionários. Ainda faziam parte do quadro de pessoal, os fisioterapeutas representando 6,0% e 3,8% os nutricionistas. E em menor proporção os profissionais<sup>4</sup> de terapia ocupacional, assistência social, psicologia e odontologia representando entre 1% e 2%. Sendo os profissionais de farmácia e fonoaudiologia com 0,5%.

Diante dos resultados pode-se observar que equipes multidisciplinares seriam indispensáveis para 60% para dos PTDs, sendo a maior concentração para os cuidados médicos e de enfermagem, ambos não previstos em legislação vigente. Por outro lado, os aspectos relacionados à socialização entre os possíveis idosos a serem institucionalizados

e suas famílias, foram valorizados em escalas menores pelos PTDs, espelhando a realidade de outros estudos que apontam que o carinho e presença família não são substituídos por assistência de saúde especializada<sup>10</sup>, visando ainda a reintegração social e comunitária dos institucionalizados com uma reavaliação dos direcionamentos sociais e dos valores familiares<sup>21</sup>.

Quanto aos cuidadores, 64% dos PTDs declaram indispensáveis aqueles com capacitação formal, e 21% sem capacitação formal. Conforme a RDC 283/2005, 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. A legislação prevê ainda que o dimensionamento dos cuidadores esteja relacionado com o grau de dependência dos idosos residentes, sendo que quanto maior o grau de dependências dos idosos, menor é o número de cuidadores por idoso, onde idosos com grau de dependência III, ou seja, idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo, o dimensionamento é de um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno. O estudo do IPEA identificou que em números absolutos existem, para cada cuidador, 8 idosos residentes, sem contudo, considerar carga horária de funcionamento e grau de dependência do idoso, mas que em avaliando uma carga horária, o número de idosos por cuidador se elevaria para 16. A pesquisa IPARDES, no estado do Paraná, identificou que 11% das ILPIs não possuíam cuidadores contratados. Nesse contexto, o cuidado realizado por profissionais capacitados foi item considerado de valor para os PTDs, portanto ILPIs que tenham cuidadores capacitados formalmente terão mais chances de atrair a decisão do público potencial, entretanto a percepção dos PTDs pode não estar relacionando que os cuidados diários são basicamente manejados por cuidadores e a atenção à saúde por profissionais da saúde<sup>4,8,7</sup>.

Os itens relacionados estrutura física de uma ILPI que seriam considerados indispensáveis por 90% dos PTDs, no momento da contratação, foram condições de higiene e salubridade, rampas e escadas com acessibilidade com corrimão de sinalização e pisos antiderrapantes. Conforto térmico, ausência de odores e de umidade, banheiros adaptados e refeitório, itens indispensáveis para 80% das pessoas que responderam. Dormitórios separados por sexo e dotados de luz de vigília e campainha de alarme; e área externa coberta para atividades ao ar livre, itens indispensáveis para 70% dos respondentes. A sala de convivência foi elencada como indispensável por 65%, enquanto o espaço ecumênico ou para meditação e os dormitórios individuais por 30% das pessoas. Para 22% dos PTDs,

dormitórios de 02 a 04 pessoas foram considerados itens como indispensáveis em uma ILPI.

A legislação, quanto à estrutura da ILPI, prevê dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro adequado e dotados de luz de vigília e campainha de alarme; sala para atividades coletivas; sala de convivência; sala para atividades de apoio individual e sócio familiar; espaço ecumênico e/ou para meditação; refeitório. A pesquisa do IPEA identificou que 98% das ILPIs do Rio Grande do Sul possuíam refeitório e sala de TV e vídeo, jardim 94% e sala ecumênica 36,1%. A quantidade de leitos por dormitório, segundo IPEA, do total de quartos, 2/3 deles possuía até dois leitos, sendo que quartos com um leito representaram 39% do total, seguidos de quartos de dois leitos 32%. A perspectiva dos PTDs com relação à estrutura física da ILPI seria satisfeita pela legislação e pelas condições oferecidas pelas ILPIs, conforme estudo do IPEA<sup>4,8</sup>.

## 7 CONCLUSÕES

Observamos que os PTDs são na sua maioria mulheres, filhas ou netas, com grau de instrução superior ou incompleto, não representantes legais e não diretamente responsáveis pela saúde e bem estar do idoso. Um quarto dos PTDs tinha má percepção formada, outro quarto tinha boa percepção e a metade não tinham opinião formada a respeito das ILPIs. Entretanto, a maioria manifestou sua preocupação quanto ao receio de que o idoso possa não ser bem cuidado na instituição.

Quando a caracterização do idoso potencial a ser institucionalizado, observamos que a maioria são mulheres, com ensino até o fundamental completo, com quatro ou mais filhos, casados e viúvos contabilizaram quase a totalidade dos mesmos. Somente um quarto dos idosos recebe assistência do cônjuge. A maioria recebe assistência das filhas seguida dos filhos. Poucos recebem atendimento de cuidadores, atendimento domiciliar e de profissionais de saúde. A maioria dos idosos potenciais a serem institucionalizados possuía plano privado de saúde. Quanto à prevalência de doenças ou limitações, somente hipertensão e osteoporose foram mais frequentes que a percentagem de idosos sem doença (22,8%). Cardiopatia, artrose, incontinência urinária, diabetes, depressão e demência tiveram frequências inferiores. A maioria dos idosos era independente para todas as AVDs, sendo a dependência mais frequente a necessidade de auxílio para banhar-se, e caminha sem dificuldade.

Concluimos que os principais motivos de uma possível institucionalização do idoso por parte da família são idosos com dependência para as AVDs, vontade do idoso e falta de estrutura familiar.

Os PTDs demonstraram maior preocupação quanto aos aspectos de atenção à saúde e cuidado do que os aspectos de funcionamento legal e estrutural da instituição. Também não foi observada a importância quanto à presença de equipe multiprofissional, sendo avaliada somente com indispensável, pela maioria a presença do médico e enfermeiro. A capacitação formal dos cuidadores foi elencada como importante em detrimento a presença de cuidadores não capacitados formalmente. O preço referido como considerado pagável pelos PTDs, para a mensalidade da ILPI está relacionado com o valor da aposentadoria do idoso. Entretanto, a maioria dos entrevistados referiu que as responsabilidades financeiras e o cuidado com a saúde do idoso seriam compartilhados entre os membros da família.

Os fatores determinantes significativos que levariam os PTDs a respeitar a decisão final do idoso em caso de uma institucionalização foram: ser representante legal do idoso,

manifestação do sentimento de culpa ou temor da reação negativa por parte de vizinhos, solidão do idoso, vontade do idoso, maior capacidade funcional, preço da mensalidade da ILPI, o não compartilhamento das responsabilidades (cuidado e apoio financeiro) do idoso na família e o maior número de filhos.

Os fatores determinantes significativos que levariam os PTDs a não acatarem a decisão final do idoso em caso de uma institucionalização foram: preocupação quanto à adaptação do idoso à instituição, viuvez, dificuldades para AVDs, dificuldade no comportamento do idoso, quando a decisão é dos filhos ou de outras pessoas, valor da mensalidade superior a R\$1.100,00, não possuir filhos ou possuir até 2 filhos, viver com e receber atenção de cuidador, receber atendimento domiciliar e de profissionais de saúde, necessitar de ajuda para qualquer AVD (individual ou conjugada) e caminhar com auxílio de aparelho, usar cadeira de rodas ou ser acamado,

Duas doenças foram significativamente associadas ao fato dos PTDs respeitarem a decisão final do idoso. Idosos com Alzheimer foram significativamente associados ao fato dos PTDs não acatarem a decisão do idoso. Por outro lado, idosos com osteoporose foram significativamente associados ao fato dos PTDs acatarem sua decisão final quanto à institucionalização.

## REFERÊNCIAS

- 1- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. 2009;43 (3) 548-54.
- 2- Pereira MVB, Schneider RH, Schwanke CHA. Geriatria uma especialidade centenária. **Scientia Medica**. 2009;19 (4) 154-161.
- 3- Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Geriatria e Gerontologia**. 2008;11(1)
- 4- BRASIL. IPEA. **Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência no Brasil, 2008**, (acesso em 2009 nov). Disponível em [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro\\_%20CaractdasInstituicoesRegiao\\_Sul.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro_%20CaractdasInstituicoesRegiao_Sul.pdf)
- 5- Camarano AA, Kanso S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **Rev Bras Est Pop.**, Rio de Janeiro. V 27, n.1, p 233-235, 2010.
- 6- BRASIL. **Estatuto do Idoso**, 2004. (acesso em 2009,out). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>
- 7- BRASIL. IPARDES. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Pesquisa sobre ILPIs X RDC Resolução da Diretoria Colegiada nº 283/2005/ANVISA** (acesso em 2010,set). Disponível em <http://www.ipardes.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=37>
- 8- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**, Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283/2005, (acesso em 2010,mai) Disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18850&word>
- 9- BRASIL. **Organização Nacional de Acreditação**. Histórico (acesso em 2010,jun). Disponível em <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>
- 10- Alcântara AO. **Velhos Institucionalizados e Família**. 2ª Ed. Alínea. Campinas SP, 2009.
- 11- Bós MG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**. 2004;38(1)113-20.
- 12- Terra LT, Bós AJG, Bonardi G, Dickel SGF, Mohr CC, Mallmann L, et al, Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. **Scientia Medica**, 2009;19 (1) 3-10.
- 13-Silvestre et al, in Leal MCC, Marques APO, Marino JG, Austregélio SC, Melo HMA. Perfil das instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. **Rev Bras Geriat Gerontol**, 2006;9(3).

- 14- Campos et al, **A Cadeia de Valor em Saúde**. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2009.
- 15- BRASIL. **Instrumento de avaliação ILPIs**. (acesso em 2010,set). Disponível em [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3146e70040556ec88e77ae89c90d54b4/instrumento\\_avaliacao\\_ILPI.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3146e70040556ec88e77ae89c90d54b4/instrumento_avaliacao_ILPI.pdf?MOD=AJPERES)
- 16-BRASIL. IPARDES. **Instrumento de pesquisa ILPIs RDC 283/2005/ANVISA**. (acesso em 2010,set). Disponível em [http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/Questionario\\_%20Profissionais\\_Ilpis.pdf](http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/Questionario_%20Profissionais_Ilpis.pdf)
- 17 – Jeckel E.A, Cunha G.L, Teorias Biológicas do Envelhecimento, in **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Freitas E.V. et al., Rio de Janeiro, RJ:Guanabara Koogan, 2006.
- 18 – Barbosa RP, Envelhecimento e Adaptação. São Paulo, **Fisioterapia e Pesquisa**, V. 16, nº4, p. 368-73, out-dez, 2009.
- 19- Alcântara AO, **Os Benefícios do Treinamento de Força Muscular para Pessoas Idosas**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gerontologia da Escola de Saúde Pública do Ceará, requisito parcial para título de especialista em Gerontologia. Fortaleza, CE: 2007.
- 20 – Guimarães RM, O Envelhecimento: Um Processo Pessoal?, in **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Freitas E.V. et al., Rio de Janeiro, RJ:Guanabara Koogan, 2006.
- 21- Corteletti I A, Casara MB, Herédia VBM. **O idoso asilado, um estudo gerontológico**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2004.
- 22- Faleiros NP, Justo JS, O idoso asilado: a subjetividade intramuros. Rio de Janeiro,RJ. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* v.10, nº 3, 2007.
- 23- Pollo SHL, Assis M, Instituições de longa permanência para idosos –ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** v.11, nº 1, 2008.
- 24- Guedes JM, Silveira RC, Análise da Capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. Passo Fundo-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 10-21, 2004.
- 25-Veras, R. Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W, Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro-RJ. **Revista Saúde Pública**, 42 (3):497-502, 2008.
- 26- Neri, AL. **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papyrus,2006.
- 27- Groisman D. **Asilos de velhos: passado e presente**. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, 2:67-87, 1999.
- 28-Lopes MA, Bottino CMC, Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arquivos de Neuropsiquiatria** 2002;60(1):61-69

- 29- Gorzoni, ML.,Pires SL, Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (1); 18-23, 2006
- 30- Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. **Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo.** Sao Paulo Med J. 2009; 127(4):211-5

## ANEXOS

ANEXO 1  
Aprovação Comitê de Ética

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-458/11

Porto Alegre, 11 de março de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05312 intitulado **"Instituições de longa permanência para idosos na perspectiva do prestador, da legislação e do mercado potencial consumidor"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Angelo Bós  
IGG  
Nesta Universidade

**PUCRS**

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

**ANEXO 2****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Potencial Tomador de Decisão****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – POTENCIAL DECISOR**

Para que o Consentimento Informado, atendendo as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS/MS, se considere existente, o indivíduo objeto da pesquisa ou seu representante legal deverá receber uma explicação clara e completa, de tal forma que possa compreendê-la pelo menos sobre os seguintes aspectos (Itens IV.1, IV.2 e IV.3 da referida Resolução).

**Instituições de Longa Permanência para Idosos na perspectiva do prestador, da legislação e do mercado potencial consumidor.****I. ....A  
justificativa e objetivos da pesquisa.**

O aumento do número de idosos, principalmente os muitos idosos, acima de 80 anos, tem contribuído para a crescente demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, pois as fragilidades físicas e mentais se acentuam nesta idade. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283/2005, regula o funcionamento das ILPIs, porém carece um estudo sobre o perfil das ILPIs e suas adequações à legislação, bem como de pesquisas sobre as perspectivas dos potenciais decisores na escolha de uma ILPI para institucionalização de um idoso em relação à prestação de serviços pelas instituições. O objetivo deste trabalho, com relação aos potenciais decisores, é de avaliar suas expectativas de demanda nos aspectos estruturais e econômico-sociais com relação às ILPIs.

**II. ....O  
s procedimentos a serem utilizados**

O levantamento de dados para este trabalho será realizado através de um questionário, onde o potencial decisor de escolha responderá questões fechadas de múltipla escolha. As respostas foram compiladas em um banco de dados para posterior análise.

É importante ressaltar que toda e qualquer pergunta e/ou dúvida com relação ao trabalho poderá ser esclarecida com a pesquisadora, e que em qualquer tempo o questionário poderá ser abandonado pelo entrevistado sem prejuízo nenhum ao mesmo, e ainda, que os dados pessoais e as informações prestadas terão garantia de privacidade e que foram utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste trabalho.

Eu,..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do funcionamento da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A pesquisadora responsável Darla Silvana Risson Ranna certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

**Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a pesquisadora responsável Darla Silvana Risson Ranna, nos telefones 51.9283.4233 ou 51.3072.4501, para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação. E ainda, em casos de dúvidas não esclarecidas pela pesquisadora, como alternativa posso chamar Prof. Ângelo José Gonçalves Bós, orientador da pesquisadora, pelo telefone 051.98453644, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição fone: 33203345.**

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

_____	_____	_____
Assinatura do Entrevistado	Nome	Data

_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ (nome do entrevistado) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data) pelo \_\_\_\_\_ (nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

_____	_____	_____
Assinatura da testemunha	Nome	Data

## ANEXO 3

## Instrumento de pesquisa – Potencial Tomador de Decisão

## INSTRUMENTO DE PESQUISA – POTENCIAL TOMADOR DE DECISÃO

Loca e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° do Registro \_\_\_\_\_

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL TOMADOR DE DECISÃO	
1-Nome:	2-Idade:
3-Sexo: ( ) feminino ( ) masculino	4-Profissão:
5-Fone:	6-e-mail:
7-Cidade:	8-UF:
9-Grau de instrução: a.( ) sem instrução b.( ) ensino fundamental até a 4ª série c.( ) ensino fundamental até a 8ª série d.( ) ensino médio e.( ) superior incompleto f.( ) superior completo g.( ) pós- graduação	10- Grau de parentesco com o idoso: a. ( ) Esposo (a) b. ( ) Companheiro (a) c. ( ) Filho (a) d. ( ) Enteadado (a) e. ( ) Nora/genro f. ( ) Neto (a) g. ( ) Outro:
11-Representante legal do idoso? a. ( ) Sim b. ( ) Não	12-É o principal responsável pela atenção à saúde e bem-estar do idoso? a. ( ) sim b. ( ) não
DADOS SOBRE A POSSÍVEL INSTITUCIONALIZAÇÃO	
13- Qual sua percepção com relação às ILPIs? a.( ) tenho boa percepção – as instituições me parecem bons lugares para residência de idosos b.( ) não tenho boa percepção - as instituições não me parecem bons lugares para residência de idosos c.( ) não tenho percepção formada	14-Qual seu maior receio em caso de uma possível decisão de institucionalizar o idoso ( <b>MÚLTIPLA ESCOLHA</b> )? a.( ) reação negativa de outros familiares b.( ) reação negativa de vizinhos e comunidade c.( ) sentimento de culpa d.( ) receio que o idoso não seja bem cuidado e.( ) nenhum receio f.( ) outros, quais? _____
15-Qual seria o principal motivo de uma decisão no caso de institucionalização? ( <b>MÚLTIPLA ESCOLHA</b> ) a.( ) vontade própria do idoso b.( ) viuvez c.( ) solidão d.( ) dificuldade para atividades da vida diária (deslocar-se no ambiente, tomar banho, vestir-se, continência (urinária/fecal), alimentar-se...) e.( ) dificuldades com comportamento do idoso f.( ) falta de estrutura física para cuidar do idoso na família g.( ) mudanças na estrutura familiar (casamentos, divórcios, saída de membro(s) da casa, óbitos) i. ( ) falta de suporte familiar/social h.( ) outros, quais? _____	
16- Em caso de institucionalização do idoso, de quem será a decisão final? ( <b>MÚLTIPLA ESCOLHA</b> ) a.( ) do idoso b.( ) do cônjuge/companheiro (a) c.( ) de somente 1 dos filhos d.( ) de dois ou mais filhos	

e. ( ) de nora(s)/genro(s) f. ( ) de neto(s) g. ( ) outras pessoas familiares ou não	
17- Há quanto tempo você está procurando ou pesquisando uma ILPI para institucionalização? ___ anos ___ meses ___ semanas ___ dias	18- Até o momento quantas ILPIs foram visitadas? a. ( ) nenhuma b. ( ) apenas 1 c. ( ) de 1 a 3 d. ( ) de 4 a 6 e. ( ) acima de 6
19- Qual o principal motivo de ainda não ter institucionalizado? ( <b>MÚLTIPLA ESCOLHA</b> ) a. ( ) estrutura das instituições não agradou b. ( ) o preço da mensalidade não agradou c. ( ) localização (difícil acesso) d. ( ) outro	20- Em quais localidades as ILPIs foram procuradas? a. ( ) apenas na cidade de residência do idoso b. ( ) apenas nas cidades de residência dos filhos c. ( ) nas cidades de residência do idoso e dos filhos d. ( ) nas cidades de residência e na capital Porto Alegre e. ( ) apenas na capital
21- Qual o valor de mensalidade de uma ILPI, para um idoso residente, você considera que poderia ser pago (sendo que os medicamentos, fraldas e plano de saúde <b>não</b> estão inclusos)? a. ( ) sem condições de pagar mensalidade b. ( ) até R\$ 550,00 c. ( ) de R\$ 551,00 a R\$ 1.100,00 d. ( ) de R\$ 1.101,00 a R\$ 2.200,00 e. ( ) de R\$ 2.201,00 a R\$ 3.300,00 f. ( ) de R\$ 3.301,00 a R\$ 5.500,00 g. ( ) acima de R\$ 5.500,00	
22- De quem seria a responsabilidade financeira para o pagamento da mensalidade da instituição asilar e qual a renda ( <b>MÚLTIPLA ESCOLHA</b> )? a. ( ) sem condições financeiras para pagar mensalidade b. ( ) aposentadoria do idoso – renda R\$ ____.____, ____ c. ( ) um familiar – renda R\$ ____.____, ____ d. ( ) mais de um familiar, quantos? _____ – renda R\$ ____.____, ____ e. ( ) outros, quem? _____ – renda R\$ ____.____, ____ f. ( ) renda total dos responsáveis, quantos? _____ – renda R\$ ____.____, ____	
23- Qual a capacidade financeira máxima dos responsáveis para custeio das despesas com idoso, além da mensalidade da ILPI, como plano de saúde/odontológico (se houver), fraldas, medicamentos e materiais, e de profissionais de saúde não cobertos pelo plano de saúde/ILPI, relativos ao idoso? R\$ ____ . ____ . ____	
24- A família e/ou responsáveis dividem-se entre responsabilidades financeiras e de cuidado com o idoso? a. ( ) sim, cabe a alguns membros o financiamento e a outros o cuidado b. ( ) não, as responsabilidades financeiras e de cuidados são conjugadas entre os familiares/responsáveis	
<b>Observações:</b>     	
<b>DADOS DO IDOSO EM CASO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>	

25-Idade:		26-Sexo: a. <input type="checkbox"/> feminino b. <input type="checkbox"/> masculino	
27- Cidade de residência:		28- UF	
29- Aposentado? a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não		30- Renda do idoso (aposentadoria e outras rendas)? a. <input type="checkbox"/> até R\$ 545,00 b. <input type="checkbox"/> de R\$ 546,00 a R\$ 1.090,00 c. <input type="checkbox"/> de R\$ 1.091,00 a R\$ 2.200,00 d. <input type="checkbox"/> de R\$ 2.201,00 a R\$ 5.500,00 e. <input type="checkbox"/> acima de R\$ 5.501,00	
Qual a profissão do idoso anterior à aposentadoria?			
31- Estado Civil: a. <input type="checkbox"/> Solteiro      b. <input type="checkbox"/> Casado c. <input type="checkbox"/> Vive com companheiro (a) d. <input type="checkbox"/> Divorciado e. <input type="checkbox"/> Viúvo		32-Grau de instrução: a. <input type="checkbox"/> sem instrução      b. <input type="checkbox"/> ensino fund. até a 4ª série c. <input type="checkbox"/> ensino fund. até a 8ª série      d. <input type="checkbox"/> ensino médio e. <input type="checkbox"/> superior incompleto      f. <input type="checkbox"/> superior completo g. <input type="checkbox"/> pós- graduação      h. <input type="checkbox"/> não sabe responder	
33-Idoso vive: a. <input type="checkbox"/> sozinho b. <input type="checkbox"/> com esposo(a)/companheiro(a) c. <input type="checkbox"/> com filhos d. <input type="checkbox"/> com netos e. <input type="checkbox"/> com outros parentes f. <input type="checkbox"/> com vizinhos e/ou conhecidos da família g. <input type="checkbox"/> em Instituição de Longa Permanência para Idosos		34- Qual o número de filhos vivos do idoso? a. <input type="checkbox"/> nenhum b. <input type="checkbox"/> um c. <input type="checkbox"/> dois d. <input type="checkbox"/> três e. <input type="checkbox"/> quatro f. <input type="checkbox"/> cinco ou mais	
35- Quem presta ajuda e assistência para atividades ao idoso de forma mais frequente? (MULTIPLA ESCOLHA) a. <input type="checkbox"/> filha b. <input type="checkbox"/> filho c. <input type="checkbox"/> nora d. <input type="checkbox"/> genro e. <input type="checkbox"/> neta f. <input type="checkbox"/> neto g. <input type="checkbox"/> esposo/companheiro(a) h. <input type="checkbox"/> cuidador i. <input type="checkbox"/> vizinhos j. <input type="checkbox"/> outros _____		36- O idoso recebe atendimento de cuidadores contratados? a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não Se sim, qual o valor gasto mensalmente com cuidador? R\$ ____ . ____ , ____	
37-Qual a rede de assistência médico/hospitalar que o idoso utiliza? a. <input type="checkbox"/> rede pública – Sistema Único de Saúde – SUS b. <input type="checkbox"/> rede do Plano de Saúde c. <input type="checkbox"/> rede privada, custeada pelo idoso/família d. <input type="checkbox"/> ambas (pública e privada)		38-O idoso possui plano privado de assistência à saúde? a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não Se sim, qual o valor da mensalidade? R\$ _ _ . _ _ , _ _	
39-O idoso possui plano privado de atendimento pré-hospitalar e remoção? a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não Se sim, qual o valor da mensalidade? R\$ ____ . ____ , ____		40-O idoso necessita de atendimento domiciliar de saúde? a. <input type="checkbox"/> sim b. <input type="checkbox"/> não Se sim, como é realizado? a. <input type="checkbox"/> plano de saúde      b. <input type="checkbox"/> particular c. <input type="checkbox"/> equipe de saúde da família d. <input type="checkbox"/> não se aplica (não recebe atendimento)	

41- Qual o valor gasto mensalmente com medicamentos do idoso? R\$ ____ . ____ , ____	42- Qual o valor gasto mensalmente com fraldas? R\$ ____ . ____ , ____	
43- Qual o valor gasto mensalmente com materiais médicos/enfermagem? R\$ ____ . ____ , ____	44- O idoso necessita de atendimento de profissionais de saúde? Qual o valor gasto mensalmente com outros profissionais de saúde? R\$ ____ . ____ , ____	
<b>Observações:</b>		
<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO</b>		
45- Quais as doenças que o idoso apresenta? a. ( ) incontinência urinária      b. ( ) incontinência fecal      c. ( ) doença de Parkinson d. ( ) doença de Alzheimer      e. ( ) hipertensão arterial      f. ( ) diabetes g. ( ) osteoporose      h. ( ) câncer      i. ( ) doença pulmonar/respiratória de repetição j. ( ) artrose ou doença articular      l. ( ) doença do coração      m. ( ) depressão n. ( ) doença mental      o. ( ) dependente químico (álcool/drogas) p. ( ) desnutrição      q. ( ) seqüela de AVC      r. ( ) não apresenta doença		
46- O idoso já sofreu quedas? a. ( ) sim b. ( ) não	47- Se sim, teve fratura? a. ( ) sim b. ( ) não	48- Se teve fratura(s), qual o tipo? a. ( ) quadril/colo de fêmur b. ( ) punho c. ( ) coluna e. ( ) outra, qual? _____
49- O idoso necessita: a. ( ) sonda para alimentação b. ( ) oxigenioterapia c. ( ) ventilação mecânica d. ( ) sonda vesical ou coletor de urina f. ( ) nenhum acima	50- O idoso é portador de feridas crônicas (úlceras vasculares, úlcera de pressão, pé diabético, outras)? a. ( ) sim b. ( ) não c. ( ) não sabe responder	
51- O idoso necessita de ajuda para: a. ( ) banho b. ( ) alimentação c. ( ) movimentação d. ( ) continência (urina/fezes) e. ( ) vestir-se e. ( ) higiene pessoal e. ( ) não necessita de ajuda	52- Como o idoso caminha? a. ( ) caminha bem b. ( ) caminha com dificuldade mas sem ajuda de aparelho (bengala ou andador) c. ( ) caminha com ajuda de aparelho (bengala ou andador) d. ( ) usa cadeira de rodas e. ( ) não caminha - acamado	
<b>Observações:</b>		

**ANÁLISE DE UMA ILPI SOB A ÓTICA DO POTENCIAL TOMADOR DE DECISÃO**

**FUNCIONAMENTO LEGAL DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)**

53-Quanto ao funcionamento legal da ILPI, dos itens abaixo, quais você considera importantes. Classifique, sendo: 1- Indispensável, 2 – Importante, 3- Sem Importância:

- a.  registro no Conselho Municipal de Idosos
- c.  alvará válido de licenciamento expedido pela Vigilância Sanitária
- e.  se o funcionamento da ILPI está sob responsável técnica de um profissional de nível superior
- f.  se a ILPI possui Contrato Social ou Estatuto Registrado
- g.  se existe a garantia de visita aberta a familiares e amigos
- h.  se existe registro de saúde atualizado de cada idoso

**ESTRUTURA FUNCIONAL GERAL DA ILPI**

54- No momento da análise de uma ILPI quais os serviços que você considera mais importantes. Classifique, sendo: 1- Indispensável, 2 – Importante, 3- Sem Importância:

- a.  funcionamento legal da ILPI
- b.  recursos humanos [profissionais de saúde e cuidados]
- c.  limpeza/serviços gerais [lavanderia, manutenção, higienização]
- d.  alimentação
- e.  estrutura física
- f.  lazer [profissionais e área física]
- g.  atendimento à saúde do idoso

**RECURSOS HUMANOS DA ILPI**

55-No momento de avaliar uma possível ILPI para institucionalização do idoso, você avaliaria o quadro de recursos humanos (saúde, lazer e cuidados) da instituição?

- a.  sim
- b.  não

56-Quais dos profissionais abaixo você considera importantes no quadro de recursos humanos de uma ILPI? Classifique, sendo: 1- Indispensável, 2 – Importante, 3- Sem Importância:

- a.  médico
- b.  enfermeiro
- c.  assistente social
- d.  psicólogo
- e.  fisioterapeuta
- f.  terapeuta ocupacional
- g.  nutricionista
- h.  farmacêutico
- i.  cirurgião dentista
- j.  educador físico
- k.  técnico e auxiliar de enfermagem
- l.  cuidadores com capacitação formal
- m.  cuidadores sem capacitação formal

57-Você considera importantes atividades de lazer na ILPI?

- a.  sim
- b.  não

58-Se sim, quais?

---

59- Quanto à estrutura física quais itens você considera importantes na ILPI?

Classifique, sendo: 1- Indispensável, 2 – Importante, 3- Sem Importância:





Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria Acadêmica  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [proacad@pucrs.br](mailto:proacad@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br/proacad](http://www.pucrs.br/proacad)