

**QUESTIONÁRIO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

NDF **INSTITUIÇÃO** IN 

--	--	--	--

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Supervisor(a): \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço completo (Rua, Av., etc., número): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

**BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

01. Nome: \_\_\_\_\_

02. Telefone ( ) \_\_\_\_\_ 03. Fax: ( ) \_\_\_\_\_ 4. E-mail da Instituição: \_\_\_\_\_

05. Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

06. Cargo: \_\_\_\_\_

07. Há quanto tempo está nesta atividade?  meses ou  anos m  a

08. Escolaridade (última série e curso concluído) do (a) entrevistado(a):

09. O senhor é o diretor ou responsável pela instituição?

01. Sim  02. Não  **→ Passe para a questão 13**

10. Nome do diretor ou responsável pela instituição:

11. Há quanto tempo está nesta atividade?  meses ou  anos m  a

12. Escolaridade (última série e curso concluído) do diretor:

13. A instituição, desde a sua fundação, manteve sempre o mesmo nome (razão social)?

01. Sim  02. Não

14. Qual a natureza predominante dos recursos financeiros da instituição?

01. Pública  02. Particular

15. Tem registro de instituição filantrópica?

01. Sim  02. Não  03. Está providenciando

16. Qual é a entidade mantenedora da Instituição? \_\_\_\_\_

**17. Qual o regime de funcionamento da instituição?**

*(Pode ser assinalada mais de uma alternativa)*

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Aberto      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 02. Semi-aberto | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03. Fechado     | <input type="checkbox"/> |

**BLOCO 2 – OS INTERNOS**

**18. Existe um período no ano em que as entradas são mais frequentes?**

- |                                  |                 |                          |
|----------------------------------|-----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Sim | Qual mês? _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 02. Não |                 | <input type="checkbox"/> |

**19. Quais são os principais motivos de entrada do idoso?**

*(Permite até 3 alternativas, numerando por ordem de importância)*

- |  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Não tem família   | <input type="checkbox"/> 06. Família sem condições financeiras |                              |
| <input type="checkbox"/> 02. Doença  | <input type="checkbox"/> 07. Opção própria                     |                              |
| <input type="checkbox"/> 03. Não tem cuidador na família                             | <input type="checkbox"/> 08. Não tem onde morar                | 1.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 04. Família sem condições de dar qualidade de vida ao idoso | <input type="checkbox"/> 09. Outros (descreva): _____          | 2.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 05. A necessidade de convívio social                        |  | 3.º <input type="checkbox"/> |

**20. Quem encaminha os idosos na maioria dos casos?**

*(Permite até 3 alternativas)*

- |  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. O próprio idoso   | <input type="checkbox"/> 05. Amigos/Vizinhos         |                          |
| <input type="checkbox"/> 02. Pastoral do idoso | <input type="checkbox"/> 06. Assistência Social      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03. Familiares        | <input type="checkbox"/> 07. Ministério Público      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 04. Igreja            | <input type="checkbox"/> 08. Outra (descreva): _____ | <input type="checkbox"/> |

**21. Qual é o motivo mais frequente de saída do idoso?**

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Reintegração à família | <input type="checkbox"/> 04. Não se ambienta na instituição |                          |
| <input type="checkbox"/> 02. Troca de instituição   | <input type="checkbox"/> 05. Outros (descreva): _____       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03. Morte                  |   |                          |

**22. Quais são os principais problemas de saúde registrados pela instituição entre os idosos?**

*(Permite até 3 alternativas, numerando por ordem de importância)*

- |   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Hipertensão  | <input type="checkbox"/> 06. Artrose, artrite, lombalgia |                              |
| <input type="checkbox"/> 02. Depressão (baixa auto estima, tristeza, apatia, etc.)              | <input type="checkbox"/> 07. Diabetes                    |                              |
| <input type="checkbox"/> 03. Doenças crônico-degenerativas (esclerose, alzheimer, câncer, etc.) | <input type="checkbox"/> 08. Suicídio                    | 1.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 04. Dificuldade motoras (seqüelas AVC, amputação, etc.)                | <input type="checkbox"/> 09. Outra (descreva): _____     | 2.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 05. Catarata, cegueira e outros problemas de visão                     |  | 3.º <input type="checkbox"/> |

**BLOCO 3 – ORGANIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**23. Para onde são encaminhados os idosos que precisam de cuidados médico-hospitalares?**

*(Permite até 3 alternativas, numerando por ordem de importância)*

- |  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01. Serviços Próprios da Instituição            | <input type="checkbox"/> 05. Convênio da instituição com Hospital ou outra entidade de saúde |                              |
| <input type="checkbox"/> 02. Serviços Privados                           | <input type="checkbox"/> 06. Pastoral da Pessoa Idosa  | 1.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 03. Rede SUS/ Posto de saúde/ Hospital          | <input type="checkbox"/> 07. Outra (descreva): _____   | 2.º <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 04. Serviços privados pagos pelo Plano de Saúde |  | 3.º <input type="checkbox"/> |

**24. Quais os serviços da unidade básica de saúde mais utilizados pela instituição?**

(Permite até 3 alternativas, numerando por ordem de importância)

<input type="checkbox"/> 01. Vacinas e curativos	<input type="checkbox"/> 04. Exames	1.º <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02. Medicamentos	<input type="checkbox"/> 05. Transporte (ambulância)	2.º <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03. Atendimento médico	<input type="checkbox"/> 06. Outra (descreva): _____	3.º <input type="checkbox"/>

**25. A instituição mantém um livro-registro das visitas recebidas pelos idosos?**

01. Sim

02. Não

**26. A Instituição estimula as famílias a visitar os idosos?**

01. Sim De que forma? \_\_\_\_\_

02. Não

**27. A Instituição propicia contatos dos idosos com a comunidade?**

01. Sim Como? \_\_\_\_\_

02. Não

**28. Qual a proporção de idosos que recebem visitas regulares?**  %

**BLOCO 4 – ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO**

**29. Quais as áreas existentes na instituição?**

NDL	1. Áreas	2. A instituição possui essa área? (TC2)
01	Posto de Enfermagem	
02	Enfermaria	
03	Consultório odontológico	
04	Consultório médico	
05	Refeitório	
06	Sala de TV e vídeo	
07	Sala ecumênica ou capela	
08	Horta	
09	Jardim	
10	Piscina	
11	Biblioteca ou sala de leitura	
12	Vestiário para funcionários	
13	Lavanderia	
14	Sala de jogos	
15	Outros (especificar):	
16		
17		

**TC2 - Áreas Existentes na Instituição**

01 - Sim

02 - Não

**30. Qual o destino dos resíduos sólidos (lixo)?**

<input type="checkbox"/> 01. Incinerado	<input type="checkbox"/> 04. Coletado pela prefeitura	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02. Enterrado	<input type="checkbox"/> 05. Outros (descreva) _____	
<input type="checkbox"/> 03. Colocado a céu aberto	_____	

**31. Qual o destino dos resíduos sólidos recicláveis (lixo reciclável)?**

- 01. Realiza coleta seletiva e entrega para a prefeitura
- 02. Realiza coleta seletiva e doa (comunidade/carrineiro)
- 03. Não separa lixo reciclável
- 04. Aproveita parte do lixo para realização de trabalhos manuais
- 05. Realiza coleta seletiva e vende o lixo reciclável para ajudar nas despesas da instituição
- 06. Outros (descreva) \_\_\_\_\_

**32. Qual o destino dos resíduos do lixo hospitalar, como por exemplo: remédios, fraldas geriátricas, agulhas, seringas, gazes, etc.?**

- 01. Não tem lixo hospitalar
- 02. Não separa o lixo hospitalar
- 03. Separa e entrega para a prefeitura juntamente com o lixo doméstico
- 04. Entrega para a coleta de lixo hospitalar da prefeitura
- 05. Entrega para a coleta de lixo hospitalar, realizada por empresas privadas

**33. Qual a origem da água consumida pela instituição?**

- 01. Água tratada pela companhia de saneamento
- 02. Água de poço comum *in natura*
- 03. Água de poço comum filtrada e tratada
- 04. Utiliza água de poço artesiano

**34. Qual o número total de internos na instituição?**





**35. Qual o número de quartos e de leitos existentes na instituição?**

NDL	1. Quartos	Com 1 leito	Com 2 leitos	Com 3 leitos	Com 4 leitos	Com 5 leitos	Com 6 leitos	Com mais de 6 leitos	TOTAL
01	Com banheiro								
02	Sem banheiro								
03	TOTAL								

**36. A instituição possui acomodações específicas para funcionários? (quarto com cama)**

- 01. Sim
- 02. Não

**37. Quais equipamentos a instituição possui?**

- 01. Máquina de Lavar
- 02. Máquina de secar
- 03. Televisão
- 04. Equipamento de som
- 05. Automóvel
- 06. Computador
- 07. DVD
- 08. Microondas
- 09. Freezer
- 10. Outros (descreva) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Quais equipamentos de saúde a instituição possui?**

- 01. Aparelho de pressão
- 02. Termômetro
- 03. Nebulizador/ inalador
- 04. Cadeira-de-rodas
- 05. Kit de emergência (ambu, respirador, tubo de oxigênio, etc.)
- 06. Equipo odontológico (cadeira odontológica, pinças, etc.)
- 07. Equipamentos fisioterápicos (lâmpada infra-vermelha, massageador)
- 08. Outros (descreva) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Composição do quadro funcional (exceto estagiários):**

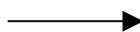
(Caso o profissional execute 2 ou mais funções, utilizar uma linha para cada função)

NDL	1. Profissionais	2. Assalariados		3. Voluntários		4. Cedidos	
		Número	Carga horária semanal	Número	Carga horária semanal	Número	Carga horária semanal
01	Cozinheiro						
02	Auxiliar de cozinha						
03	Passadeira						
04	Faxineiro						
05	Serviços Gerais						
06	Lavadeira						
07	Cuidador de idoso						
08	Enfermeiro						
09	Psicólogo						
10	Fisioterapeuta						
11	Terapeuta Ocupacional						
12	Farmacêutico						
13	Médico						
14	Dentista						
15	Fonoaudiólogo						
16	Nutricionista						
17	Assistente Social						
18	Auxiliar de enfermagem						
19	Técnico em enfermagem						
20	Administrador						
21	Outros (descreva):						
22							
23							
24							
25	TOTAL de Funcionários						

**40. Esta instituição viabilizou alguma capacitação para seus funcionários nos últimos dois anos?**

01. Sim

02. Não



Passe para a questão 42



**41. Quem organizou a capacitação voltada para o idoso, qual a carga horária total e quantos funcionários participaram?**

NDL	1. Organizador (TC1)	2. Carga Horária Total	3. Total de Funcionários
01			
02			
03			
04			
05			

**TC1 - Organizador**

1. A própria instituição
2. Entidade Pública
3. Instituição Privada
4. Outros (Descreva)

**42. Quais as atividades ofertados semanalmente pela instituição?**

*(Permite até 3 alternativas, numerando por ordem de importância)*

01. Culturais (teatro, música, cinema, vídeo) 1.º
02. Jogos; pintura; artesanato 2.º
03. Passeios; caminhada; baile 3.º
04. Outros (descreva) \_\_\_\_\_

**43. Esta instituição orienta os idosos a receber o Benefício da Previdência Social?**

01. Sim
02. Não

**44. Esta instituição recebe visita do Programa de Saúde da Família?**

01. Sim
02. Não

**45. Esta instituição recebe visita da Pastoral da Pessoa Idosa?**

01. Sim
02. Não

**46. A instituição recebeu doações nos últimos 12 meses?**

01. Sim
02. Não  → Passe para a questão 48

**47. Preencha o quadro com dados sobre as doações recebidas:**

*(Utilize uma linha para cada doador)*

NDL	1. QUEM DOOU (TC1)	2. VALOR		3. EM ESPÉCIE	
		2a. R\$	2b. Nº de doações nos últimos 12 meses	3a. Tipo (TC3A)	3.b Nº de doações nos últimos 12 meses
01					
02					
03					
04					
05					
06	TOTAL				

**TC1 - Quem doou**

- 01. Igreja
- 02. ONGs
- 03. Comunidade
- 04. Famílias dos residentes
- 05. Outros (descreva):

**TC3A - Tipo**

- 01. Alimentos
- 02. Roupas
- 03. Produtos de Limpeza
- 04. Medicamentos
- 05. Outros: (descreva)

**48. O Sr(a) conhece a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa RDC nº 283/05?**

01. Sim
02. Não

**ENCERRE A ENTREVISTA**



**QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR  
 DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

NDF **INSTITUIÇÃO** IN

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Supervisor(a): \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição (fantasia): \_\_\_\_\_

Endereço completo (Rua, Av., etc., número): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo fornecimento das informações: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**01. Qual o número de internos, segundo sexo, grupo de idade e grau de dependência em relação ao total?**

NDL	INTERNOS									
	1. SEXO	2. IDADE (anos)						3. TOTAL	4. GRAU DE DEPENDÊNCIA	
		Menores de 60	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou mais		Parcial	Total
01	Feminino									
02	Masculino									

**02. Quantos internos estão na instituição?**

NDL	1. Tempo	2. Número de Internos
01	Menos de 1 ano	
02	Mais de 1 a 5 anos	
03	Mais de 5 a 10 anos	
04	Mais de 10 anos	

**03. Qual foi o fluxo de internos nos últimos 12 meses?**

NDL	1. Fluxo	2. Número de Internos
01	Entradas	
02	Saídas	

04. Qual a área física total da instituição, em metros quadrados?  m<sup>2</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

05. Qual a área construída da instituição, em metros quadrados?  m<sup>2</sup>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**06. Qual é o gasto mensal da instituição por tipo de despesas?**

NDL	1. TIPO DE DESPESA FIXA	2. VALOR MENSAL (R\$)
01	Recursos humanos	
02	Manutenção da casa (luz, água, gás, telefone):	
03	Alimentos	
04	Vestuário	
05	Medicamentos	
06	Produtos de limpeza	
07	Lavanderia	
08	Aluguel	
09	Outros (descreva):	
10		
11		
12		
13	TOTAL	

**07. A instituição possui gastos eventuais?** 01. Sim 02. Não

Passe para a questão 09

**08. Quais os gastos eventuais da instituição por tipo de despesa?**

NDL	1. TIPO DE DESPESA	2. VALOR (R\$)
01	Contador	
02	Nutricionista	
03	Reparos e pequenas obras no imóvel	
04	Outros (descreva):	
05		
06		
07		
08	TOTAL	

**09. Nos últimos 12 meses, quais foram as fontes de recursos financeiros utilizadas?**

NDL	1. TIPO DE DESPESA	2. VALOR (R\$)
01	Valor recebido dos internos	
02	Renda própria da mantenedora	
03	Financiamento público	
04	ONG's	
05	Famílias dos residentes	
06	Doações	
07	Outros (descreva):	
08		
09		
10		
11	TOTAL	