



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES
INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes
para o cuidado no domicílio

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada

Por

Daniel José Nunes Madureira da Cunha

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES
INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes
para o cuidado no domicílio

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Avançada

Por

Daniel José Nunes Madureira da Cunha

Orientação: Professor Doutor Filipe Pereira, Professor Coordenador, Escola Superior
de Enfermagem do Porto.

Co-Orientação: Mestre Paulo Parente, Professor Coordenador, Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Aos meus pais, pelo que sou hoje em dia

A sabedoria consiste em compreender que o tempo dedicado ao trabalho
nunca é perdido.
(Ralph Waldo Emerson)

Agradecimentos

Ao professor Doutor Filipe Pereira pelo empenho, rigor e objetividade na condução deste trabalho. Sem margem de dúvida que o seu interesse, a sua preocupação e disponibilidade foram determinantes na concretização deste percurso.

Ao professor Doutor Abel Paiva pela frontalidade, pelo rumo e pela coerência que marca a pesquisa realizada.

Ao professor Paulo Parente e à Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pela disponibilidade e pelos recursos que colocou à disposição, que foram fundamentais à execução do estudo.

À Carmen, à Helena, à Sofia e à Rosa pelo apoio, pelo espírito de equipa, pela força nas caminhadas, porta-a-porta, pelo Porto, pelos momentos de discussão, imprescindíveis para todos na resolução de obstáculos que iam surgindo ao longo de todo o trabalho.

À professora Maria José Lumini, pela ajuda na recolha de material bibliográfico e pela motivação, tão necessária num percurso desta natureza.

À Marta, à Marisa e ao Sérgio pelo seu precioso contributo e por acreditarem que este momento seria possível.

Aos meus pais, à minha irmã, ao meu cunhado e à minha Afilhada, a Marta, por todo o incentivo e compreensão do tempo dedicado a este fim.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

RESUMO

A dissertação aqui apresentada inscreve-se no âmbito da problemática da institucionalização de pessoas dependentes no autocuidado, por parte das famílias clássicas do concelho do Porto. Tratou-se de um percurso de investigação que teve por objectivos: i) identificar o número de famílias clássicas com familiares dependentes no autocuidado, que se encontram institucionalizados; ii) identificar as causas subjacentes à decisão de institucionalização; iii) identificar os requisitos que, na perspectiva das famílias, seriam essenciais para manter os familiares dependentes no domicílio; iv) explorar o nível de envolvimento da família no processo de institucionalização.

Utilizou-se uma abordagem do tipo exploratório, descritivo, transversal e de perfil quantitativo. Foi construído um formulário, através da revisão da literatura e consenso entre a equipa de investigação. Os dados foram recolhidos (“porta-a porta”) entre Julho e Setembro de 2009, tendo por base um plano de amostragem probabilística, aleatória e estratificada por freguesia, do qual resultou uma amostra “inicial” de 2445 famílias. Destas, 2314 aceitaram responder ao inquérito preliminar, entre as quais 148 afirmaram ter um parente institucionalizado, o que perfaz 6,4%. No entanto, apenas 111 famílias aceitaram responder ao inquérito (específico) centrado na institucionalização. Os dados que resultaram deste estudo demonstram que, por cada dependente institucionalizado, existem cerca de 2,4 dependentes que se mantêm no domicílio.

Percebemos, também, que a maioria das pessoas institucionalizadas é do sexo feminino e são viúvas ou solteiras. A decisão de institucionalizar é, essencialmente, tomada pela família no seu conjunto. A dependência no autocuidado é o principal motivo que pesa nessa decisão. Das famílias que expressaram o desejo de voltar a ter o familiar dependente em casa, todas apontaram o “apoio das equipas de saúde” como fulcral.

As principais estratégias utilizadas para facilitar o processo de institucionalização foram as visitas prévias à instituição e, após, as visitas frequentes ao familiar institucionalizado. Globalmente, as famílias estão muito satisfeitas com os serviços prestados pelas instituições de acolhimento do seu familiar.

Palavras-chave: Dependência; Família Clássica; Parente institucionalizado; institucionalização.

ABSTRACT

This dissertation falls within the scope of the problem of institutionalization of dependents on self-care, on classic households within the town area of Oporto. It was an investigation that had the following objectives: i) identify the number of classic households with dependent relatives in self-care, which are institutionalized; ii) identify the causes underlying the decision to institutionalization; iii) identify the essential requirements, according to the families, to maintain the dependents in the household; iv) explore the level of family involvement in the process of institutionalization.

The followed study involved exploratory, descriptive and transversal method, as well as a quantitative approach. It was built a form, through literature review and consensus among the research team. The data were collected ("door-to-door") between July and September 2009, based on a probabilistic, randomized and stratified sample by parish, which resulted in an initial sample of 2445 families. Of these, 2314 agreed to respond to the preliminary investigation, and 148 reported having a family member institutionalized, which amounts to 6.4%. However, only 111 families agreed to take the survey (specific) centered on institutionalization. The data that emerged from this study show that, for each dependent institutionalized, there are about 2.4 dependents who remain at home.

We also found that most institutionalized persons are female and are widowed or single. The decision to institutionalize is essentially made by the family as a whole and based on the person's dependence in self-care. The families who have expressed a desire of the return to the dependent relative at home, all pointed as very important the "support of the health care system".

The main strategies used to facilitate the process of institutionalization were previous visits to the institution and, after that, the frequent visits to the relative institutionalized. Overall, families are very satisfied with the services provided by the institutions that welcomed their relative.

Keywords: Dependence, Classic household, institutionalized relative; institutionalization.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD`s – Atividades instrumentais de vida diária;

AVD`s – Atividades de vida diária;

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto;

ICN – International Council of Nurses;

ICS – Instituto de Ciências da Saúde;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

MFPC – Membro da família prestador de cuidados;

MFPC`s – Membros da família prestador de cuidados;

UCC – Unidade de Cuidados Continuados;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

cit. – citado

Ens. – Ensino

nº – Número

p. – Página;

PI – Parente institucionalizado;

PI`s – Parentes institucionalizados;

vol. – Volume

vs – versus;

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização do Familiar Respondente.....	58
Tabela 2: Parentesco do Familiar Respondente com parente institucionalizado	59
Tabela 3: Caracterização do Parente Institucionalizado	60
Tabela 4: Tipo e localização da instituição	61
Tabela 5: Tempo de institucionalização (em anos).....	61
Tabela 6: N° de inquéritos realizados por freguesia.....	62
Tabela 7: Coabitação da pessoa institucionalizada com respondente e mudança de concelho com a institucionalização.....	63
Tabela 8: Motivos da institucionalização.....	64
Tabela 9: Motivo da dependência e atividades em que era mais notória a dependência, antes da institucionalização	65
Tabela 10: Tempo de dependência (em anos).....	66
Tabela 11: Outros motivos da institucionalização	67
Tabela 12: Estado civil e Institucionalização.....	68
Tabela 13: Comparação da dimensão das famílias com dependentes “em casa” e “institucionalizados”	68
Tabela 14: Comparação das características do alojamento das famílias com dependentes “em casa” e “institucionalizados”	69
Tabela 15: A decisão de institucionalizar	69
Tabela 16: Motivos de escolha da instituição e suporte dos custos	71
Tabela 17: Tempo entre a decisão de institucionalizar e a sua concretização.	71
Tabela 18 : Estratégias utilizadas no processo da institucionalização	72
Tabela 19: A interacção do “familiar respondente” com o “parente institucionalizado” e frequência de visitas	73

Tabela 20: Requisitos necessários para voltar a ter o “parente institucionalizado” no seio familiar.....	75
Tabela 21: Opção do respondente caso ficasse dependente.....	75
Tabela 22: Satisfação do respondente com a instituição relativamente às condições hoteleiras e recursos humanos.....	76
Tabela 23: Satisfação do respondente com a instituição relativamente à qualidade do serviço, organização e funcionamento, informação disponibilizada e participação nas decisões	77
Tabela 24: Satisfação do respondente com a instituição relativamente à condição de saúde do PI	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Visão geral do estudo.....	22
--------------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	20
1.2. VISÃO GERAL DO ESTUDO	21
1.3. REFERÊNCIAS.....	24
2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	27
2.1 O FENÓMENO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS DEPENDENTES	27
2.1.1 A institucionalização das pessoas dependentes como um processo de transição	28
2.1.2 Fatores preditores da institucionalização.....	31
2.1.3. A decisão de institucionalizar	34
2.1.4. Os intervenientes no processo da transição.....	37
2.3. REFERÊNCIAS.....	41
3. METODOLOGIA.....	47
3.1. FINALIDADE DO ESTUDO	47
3.1.1. Objectivos	47
3.2. TIPO DE ESTUDO	48
3.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO	48
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	49
3.4.1. Formulário	49
3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
3.5.1 Plano de amostragem	51
3.6 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS	53
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54

3.8. REFERÊNCIAS.....	56
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
4.1.1 O familiar respondente	57
4.1.2. O Parente institucionalizado.....	59
4.2 FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM “PARENTES INSTITUCIONALIZADOS”	61
4.3 A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO COMO UM FATOR CONCORRENTE PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO	64
4.3.1 Características da dependência no autocuidado do parente institucionalizado	64
4.4 PARA ALÉM DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: OUTROS MOTIVOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO	66
4.4.1 O processo da institucionalização	69
4.4.2 Estratégias utilizadas no processo de institucionalização	71
4.5 INTERACÇÃO DA FAMÍLIA COM O PARENTE INSTITUCIONALIZADO	72
4.5.1 Qualidade da relação e frequência de visitas	72
4.6 DESEJO DE TER O FAMILIAR NO DOMICÍLIO: REQUISITOS NECESSÁRIOS.....	74
4.7 SATISFAÇÃO DO FAMILIAR RESPONDENTE (FAMÍLIA) COM A INSTITUIÇÃO.....	76
4.8 REFERÊNCIAS.....	79
5. CONCLUSÕES.....	83
ANEXOS	87
ANEXO 1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	
ANEXO 2 – INQUÉRITO PRELIMINAR	

ANEXO 3 – PARENTE INSTITUCIONALIZADO

ANEXO 4 – Nº DE FAMÍLIAS A INQUIRIR POR FREGUESIA

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge na sequência de um estudo de investigação realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Nele, pretende-se expor os elementos essenciais da pesquisa realizada, para que o seu interesse, pertinência e rigor metodológico sejam avaliados pelo Conselho Científico do Instituto supracitado.

Este trabalho insere-se num estudo mais amplo: A incidência de dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto e o processo de tomar conta por parte do Membro da família prestador de cuidados (MFPC)¹. Para este grande estudo, foi constituído um grupo de investigação, com vários mestrados, que partilhou uma orientação comum por docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Neste contexto, cada um dos elementos da equipa abordou uma problemática específica relacionada com o tema central. Assim, o presente trabalho centra-se na problemática da institucionalização de membros da família, intitulando-se: “ Famílias Clássicas do Concelho do Porto com Parentes Institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio”.

A ciência e a tecnologia proporcionaram a redução da taxa de mortalidade e, conseqüentemente, o aumento da esperança média de vida. Assim, existem cada vez mais pessoas idosas que, apesar daqueles progressos científicos e tecnológicos, experimentam quadros de dependência e perda de autonomia (Hanson, 2005). Por outro lado, a redução da “disponibilidade” das famílias para cuidarem dos seus membros dependentes e / ou idosos, fruto das mudanças ocorridas nos modelos de família e no exercício laboral; bem como o índice crescente da população idosa (segundo as estatísticas demográficas de 2006, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística –

¹ MFPC – pode ser definido como o “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011).

INE) e as limitações dos programas de suporte social; determinam que, com grande frequência, ocorra a institucionalização (em recursos como lares ou instituições similares) dos indivíduos dependentes e / ou idosos.

No sentido de criar uma estrutura que ligue as várias componentes do estudo (Fortin, 1999), torna-se necessário definir os seus conceitos centrais. Ferreira, em 1999, definiu *instituição* como o “*ato de instituir, criação, estabelecimento, organização de carácter social, educacional, religioso ou filantrópico*”. Acrescenta, ainda, que *institucionalizar* é dar o carácter de instituição, que no contexto da saúde (derivando do verbo inglês “to institucionalize”) consiste em colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada.

A Economic Commission for Europe / Eurostat (2005) apresentou uma definição de “*Institutional household*” como sendo uma estrutura legal, que tem como objetivo fornecer condições de permanência de longa duração e providenciar cuidados institucionalizados a um grupo de pessoas.

No que diz respeito ao conceito de *estar institucionalizado*, no corrente estudo definimo-lo como alguém que, com carácter permanente, vive numa instituição do tipo lares de 3.^a idade, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Unidades de Cuidados Continuados, excluindo-se, desta forma, todos aqueles que se encontram em instituições hospitalares, mais dirigidas para problemas de saúde agudos.

Com o envelhecimento da população, aumenta o peso de um conjunto de doenças crónicas e incapacitantes que, por sua vez, conduzem a uma progressiva perda de recursos e capacidades físicas, mentais e sociais. Este quadro conduz, frequentemente, o indivíduo à dependência e perda de autonomia, as quais acabam por ser as principais razões para a institucionalização, por parte das famílias, de um dos seus membros idosos.

De acordo com o ICN (International Council of Nurses), em 2005, a *dependência* define-se como “*estar dependente de alguém ou alguma coisa*” ou de forma mais abrangente (acerca da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados) “*é uma situação em que se encontra a pessoa que por falta ou perda da autonomia física, psíquica ou intelectual não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária*” (Dec. Lei nº 101/2006, 6 de Junho, p. 3857), requerendo dos profissionais de enfermagem particular atenção e dedicação.

Normalmente, em contexto geriátrico e gerontológico, a dependência relaciona-se com as atividades da vida diária (AVD’s) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD’s). As AVD’s relacionam-se com a mobilidade, a alimentação, a higiene pessoal, o vestir, o despir, o calçar; enquanto as AIVD’s incluem atividades como ir às compras, gerir dinheiro, arrumar a casa, cozinhar, utilizar o telefone ou os transportes, entre outras. Por outro lado, a dependência limita o exercício da autonomia (Costa, Nakatani, Bachion, 2006). Estas atividades de vida diária, no domínio da enfermagem, inscrevem-se no âmbito do conceito de Autocuidado², que representa um conceito central da disciplina e da profissão. Com efeito, tomando por referência autores e pensadores da enfermagem filiados na Escola das Necessidades, como V. Hendersen e D. Orem (Meleis, 2005), a missão de enfermagem é assistir as pessoas em situações de limitação ou défice no autocuidado.

As limitações no autocuidado fazem com que as famílias tenham vindo a tornar-se na única fonte de recursos disponíveis para o cuidado ao idoso dependente (Saad citado por Caldas, 2003). Kosberg (1992) afirma que a família predomina como alternativa no suporte informal dos idosos.

Assim, neste contexto, a definição de família proposta por Hanson (2001): “*Família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem uns dos outros, em termos de apoio emocional, físico e económico*”, parece-nos que traduz exatamente o sua dimensão. Por outro lado, segundo o INE (2009, p.21), a *família* é o “*conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco* (de direito

² Autocuidado - O Autocuidado pode ser definido como “uma atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2011).

ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento". Considera-se também como *família clássica* qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. São incluídos na família clássica os empregados domésticos internos, desde que não se desloquem todas ou quase todas as semanas à residência da respetiva família.

A literatura mostra-nos que as principais razões que conduzem à institucionalização, de membros das famílias, são várias. Em primeiro lugar, surge uma política social em que subsiste a falta de equipamentos sociais. A sociedade não investe na população idosa porque é um gasto que não tem, à posteriori, retorno financeiro, não dispondo, assim, de equipamentos para o seu bom atendimento. Por outro lado, há insuficiência de serviços comunitários, de recursos médicos, habitacionais, de lazer, de transporte e de trabalho para os idosos (a instituição aparece como a única opção que atende à problemática do idoso).

A situação familiar, nomeadamente os conflitos familiares, surge como outra das causas que levam, o idoso, à institucionalização. Por último, a progressiva degradação das condições de saúde dos idosos levam ao "esgotamento" dos recursos (humanos e financeiros) das famílias no cuidado aos mesmos, factos que dificultam a permanência dos membros da família mais idosos nos seios dos agregados familiares (Lampley & Freeman, 1984; Kempen & Suurmejer, 1991; Andersen et al., 1998; Balinsky & Rehman, 1984; Rowland, 1989; Dwyer & Miller, 1990; Kemper, 1992; Herlitz, 1997; Schultz, 1997).

Nos estudos de Coward, Netzer e Mullens (1996) e Foley e colaboradores (1992), a idade avançada, o sexo feminino e o facto de viver em zonas menos urbanizadas são fatores associados a uma maior taxa de institucionalização, de idosos.

Nos últimos tempos tem-se verificado um aumento da procura de instituições para cuidar das pessoas idosas. Gonçalves (2003) afirma que o número de pessoas residentes em famílias institucionais aumentou cerca de 73%, entre os censos realizados entre 1991 e 2001. Mostrou-nos, ainda, que a proporção de pessoas idosas a viver nessas famílias era de 3,6%, no total da população residente, com 65 anos ou mais. Os

6,4% de famílias clássicas do concelho do Porto, com parentes institucionalizados, poderão reforçar a tendência para o aumento do fenómeno da institucionalização, nos últimos anos.

Pelo exposto ao longo dos parágrafos anteriores, fica claro que este estudo se focaliza na problemática da institucionalização de idosos, por parte das famílias clássicas do concelho do Porto.

1.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação advém do desconhecimento de alguns aspetos fundamentais para o conhecimento da situação de saúde da população: I) qual a dimensão percentual de famílias clássicas do concelho do Porto com parentes (idosos) institucionalizados; II) quais as razões subjacentes à decisão da institucionalização, por parte das famílias; III) quais os requisitos que, na opinião das famílias, poderiam “evitar” a institucionalização de algum dos seus membros. De facto:

- a) Desconhece-se, com rigor, o número de famílias do concelho do Porto que têm parentes (idosos) institucionalizados;
- b) Importa clarificar a relação entre a institucionalização de idosos e a condição de dependência no(s) autocuidado(s), dos mesmos;
- c) É relevante para a enfermagem conhecer aquilo que serão os requisitos necessários para as famílias manterem os seus idosos no domicílio.

Ao identificarmos a dimensão do fenómeno, as razões que o sustentam e os requisitos relevantes para a prestação de cuidados ao idoso dependente, no domicílio, pretende-se reunir informação útil, no sentido de criar as condições necessárias para potenciar o cuidado, em contexto domiciliário, dando, assim, resposta às consequências negativas que advêm da institucionalização e ao desejo da maior parte das pessoas em ficar na sua casa com a sua família, apesar de todas as exigências relacionadas com o cuidado (McGarry & Arthur, 2001).

Figueiredo, em 2007, referiu que o envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas e o encurtamento dos internamentos hospitalares fez surgir novas necessidades para as quais a sociedade não tomou as devidas precauções, especialmente no que diz respeito ao cuidado dos idosos.

Neste contexto, e segundo as Estatísticas Demográficas de 2006 elaboradas pelo INE, em 2050, Portugal será um dos países com maior percentagem de população idosa

e menor percentagem de população ativa. Assim sendo, entre 2004 e 2050, ocorrerá um aumento de idosos portugueses de 16,9% para 31,9%, tornando-se Portugal o quarto país com maior percentagem de idosos.

Relativamente à nossa área de interesse, e não tendo dados específicos relativos ao concelho do Porto, consideramos pertinente recorrer a alguns indicadores da sub-região do Porto para demonstrar a relevância deste trabalho. Assim, ao nível da estrutura etária, temos 16,9% de residentes com idade inferior a 15 anos, sendo esta percentagem também superior à do país (15,6%). Apesar disto, a percentagem de idosos (pessoas com idade superior a 65 anos) é de 13,5%, ou seja, inferior aos 17,1% do país (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Em termos gerais, estas situações desafiam os enfermeiros a repensar a sua relação com a família cuidadora, reconhecendo a importância do seu envolvimento no cuidado, promovendo assim uma aproximação de valores e expectativas e uma troca de conhecimentos. Para o efeito, é fundamental mais investigação na área do apoio profissional aos cuidadores de modo a fornecer um cuidado mais aprofundado no tipo de apoio que é necessário.

1.2. VISÃO GERAL DO ESTUDO

O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 1999). Seguidamente, apresentamos uma visão geral do nosso estudo.

Visão geral do estudo	
Desenho – Cronologia	Julho 2009 – Outubro 2009
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o número de famílias clássicas, com familiares dependentes no autocuidado que se encontram institucionalizados, no concelho do Porto; • Identificar as causas da institucionalização do familiar dependente; • Identificar os requisitos que, na perspetiva dos familiares, se constituem como essenciais para manter o dependente no domicílio; • Explorar o nível de envolvimento da família no processo de institucionalização do idoso dependente;
Contexto	Concelho do Porto
Perguntas de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o número de famílias clássicas, com familiares dependentes no autocuidado que se encontram institucionalizados, no concelho do Porto? • Quais são as causas da institucionalização do familiar dependente? • Quais os requisitos que, na perspetiva dos familiares, são essenciais para manter o dependente no domicílio? • Qual o nível de envolvimento da família no processo de institucionalização do idoso dependente?
Metodologia	Estudo quantitativo Exploratório-descritivo e transversal.
Amostra/Participantes	Amostra aleatória estratificada por freguesia de residência.

Quadro 1: Visão geral do estudo

Posto isto, importa referir que o presente relatório está estruturado em cinco capítulos principais. O primeiro capítulo engloba a introdução, a justificação do estudo, bem como a visão geral do mesmo. No segundo capítulo, apresentamos a problemática do estudo, abordando a passagem, do indivíduo, do domicílio para o ambiente institucional; os fatores preditores da institucionalização; a decisão de institucionalizar e os intervenientes no processo da transição. Referimo-nos ainda à teoria das transições de Meleis, enquadrando o nosso estudo na mesma. No capítulo seguinte, desenvolvemos todas as questões metodológicas inerentes à investigação realizada e, no

quarto capítulo, apresentamos e discutimos os resultados. Por fim, expomos as principais conclusões e apresentamos algumas sugestões para futuras pesquisas.

1.3. REFERÊNCIAS

ANDERSEN, M. [et al.] – *Home care utilization by congestive heart failure patients: a pilot study*. Public Health Nursing 15, 1998, p. 146-162.

ANDERSON, M. [et al.] – *Population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors*. Stroke 26, 1998, p. 843-849.

BALINSKY, W.; REHMAN, S. – *Home health care: a comparative analysis of hospital-based and community-based agency patients*. Home Health Services Quarterly 5, 1984, p. 45-60.

CALDAS, C.P. – *Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família*. Revista cadernos de saúde Pública, vol. 19, nº3. Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, E.; NAKATINI, A.; BACHION M – *Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais diárias*. Acta paul enfermagem, 2006.

COWARD, R.T.; NETZER, J.K.; MULLENS, R.A. – *Residential differences in the incidence of nursing home admissions across a six-year period*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B, 1996, p. 258-267.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Elementos Estatísticos: informação geral – saúde* 2003. Lisboa: DGS, 2005.

DWYER, J.; MILLER, M. – *Differences in characteristics of the caregiving network by caregiver stress and burden*. Family Relation 39, 1990, p. 27-37.

FERREIRA, A.B.H. – *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*. 3ª Edição Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, D. – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Cadernos Clemepsi de Saúde. Clemepsi Editores, 2007.

FOLEY, D.J. [et al.] – *Journal of Aging and Health*, 4, 1992, p. 155-173.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 1ªed. Loures: Lusociência, 1999.

GONÇALVES, C. – *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2003.

HANSON, S. – *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência, 2001.

HANSON, S. – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Intervenções*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

HERLITZ, C. – *Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden*. *Gerontologist* 37, 1997. p. 117-124.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Projecção da população residente 2000-2050*. Lisboa, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Setenta anos: o Instituto Nacional de Estatística ao serviço da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Inquérito Piloto dos Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação*. Documento metodológico. Versão: 1.0, 2009.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classification for Nursing Practice – version 2.0*, 2011 Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-browsers/>.

KEMPEN G.I.; SUURMEJER T.P. – *Professional home care for the elderly: an application of the Adersen–Newman model in the Netherlands*. *Social Service Medicine* 33, 1991, p. 1081-1089.

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

KEMPER, P. – *The use of formal and informal home care by the disable elderly*. Health Services Research 27, 1992, p. 421–451.

KOSBERG, J. – *Family Care of the Elderly*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1992.

LAMPLEY, P.; FREEMAN, R. – *Utilization and referral patterns for home health services: a database for needs determination*. Home Health Services Quarterly 5, 1984, p. 89-106.

MCGARRY, J.; ARTHUR, A. – *Informal caring in late life: A qualitative study of the experiences of older carers*. Journal of Advanced Nursing, 33, 2001, p. 182-189.

MELEIS, A. I. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Decreto-Lei n.º 101/06* – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, p. 3856-3865.

2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Neste capítulo, para aumentar o entendimento do fenómeno em estudo, procuramos clarificar a sua ocorrência, decifrando a passagem para a instituição e as suas causas; quem toma essa decisão e o que inibe ou facilita essa mudança, à luz do que está descrito na literatura.

2.1. O FENÓMENO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PESSOAS DEPENDENTES

Com o aumento proporcional da população idosa, a manifesta insuficiência de programas de suporte social e a redução da disponibilidade dos familiares para a prestação de cuidados, o recurso à incorporação destes indivíduos em instituições constitui, na maioria das vezes, opção ímpar para as famílias.

O INE, através do grupo de trabalho sobre Estatística de Demografia (CSE, 2003), apontava para um conceito de família institucional como sendo um conjunto de pessoas residentes num alojamento coletivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, beneficiando dos objetivos de uma instituição e governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo.

As finalidades e a atenção destas instituições estão diretamente relacionadas com as conceções que as comunidades têm acerca do envelhecer e desta etapa da vida. A maior parte das vezes, predomina mais a finalidade institucional, características dos lares (tradicionais); noutras, a de reabilitação (adaptativas) e, em algumas, a promoção de saúde (pró-activas).

Miguel e colaboradores (2007, p.792) afirma que nestas instituições “*em nome da eficiência, da rapidez e da perfeição do trabalho, as tarefas que podiam ser executadas pelos idosos, ainda que com ajuda, vão sendo aos poucos delegadas e perdidas, principalmente no contexto da institucionalização*”.

Segundo Brito e Ramos (1996), as instituições de longa permanência são a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar. Esta modalidade, tendo como inconveniente favorecer o seu isolamento e a sua

inatividade física e mental, desencadeia consequências negativas para a sua qualidade de vida.

Por seu lado, Vieira, também em 1996, afirmava que estas instituições são, geralmente, casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, pois não lhe oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Acrescentava, ainda, que estes locais dificultam as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do interesse do idoso pela vida e pela construção da sua cidadania.

A família constitui a base fundamental de apoio à pessoa dependente no domicílio. Neste sentido, segundo Petronilho (2006), a eficácia dos cuidados informais passa, necessariamente, pelos apoios que as famílias (particularmente os seus membros cuidadores) recebem, quer da rede informal, quer da rede formal.

Estudos anteriores revelam que existe uma associação entre solidão/isolamento e uma fraca rede social e, conseqüentemente, uma menor qualidade de vida do membro da família prestador de cuidados.

Segundo Paúl (1997), a família e os amigos assumem um papel primordial na manutenção das pessoas idosas e dependentes na comunidade, evitando a respetiva institucionalização.

Karsch (2003), citado por Creutzberg e colaboradores (2007, p.863), enfatizou a importância da manutenção do cuidado do idoso em ambiente familiar. No entanto, afirmava que “*cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas, sem pausa, não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos*”. Para estes casos, devem existir serviços para atenderem às respetivas necessidades e políticas de proteção que lhe possibilitem assumir esse papel.

2.1.1. A institucionalização das pessoas dependentes como um processo de transição

Por tudo aquilo que já referimos, podemos dizer que são inúmeras as vezes em que ocorre uma mudança de ambiente por parte do idoso dependente, que deixa de estar

no seu domicílio, ou dos seus familiares, passando para um outro, que lhe é estranho: a instituição.

O ambiente em que o indivíduo se encontra influencia positiva ou negativamente o seu bem-estar, interferindo no seu comportamento. Segundo Ide (1998), o indivíduo institucionalizado vivencia sentimentos de distanciamento da rotina, do trabalho, de si mesmo e dos papéis sociais que desempenhava. Em simultâneo, experimenta sentimentos de aflição, dúvidas, saudades, preocupações com as mudanças físicas e psicológicas, desconforto e um medo relativo ao presente e ao futuro e o retorno ao passado.

Fontoura, citado por Creutzberg e colaboradores (2007, p.863), identificou que 40% dos idosos sentem que, com a institucionalização, perderam tudo, inclusive os vínculos, existindo, com frequência, entre os mesmos, expressões de ressentimento. Constatou, ainda, que 64% das famílias sentiram-se aliviadas, positivamente, após a institucionalização do idoso, ainda que 50 % dos familiares refiram que o melhor para o idoso é viver com a sua família.

Da mesma forma, Motta (1992) afirmava que a institucionalização tem como consequências: o desenraizamento – afastamento do indivíduo do seu ambiente material e humano, perdendo parte da sua história de vida; a perda de papéis – deixa de ser pai, mãe, tio, tia, avô, avó para se transformar numa pessoa institucionalizada; a convivência com estranhos – na maioria das instituições os idosos residentes são-lhe estranhos e há dificuldades na adaptação; a segregação e o isolamento – o idoso é, social e geograficamente, isolado da sociedade; a submissão a regulamentos – o idoso é forçado a abandonar tradições e hábitos de vida, tendo de se adaptar a um novo modo de vida imposto pela instituição.

Miguel (2007) mostra-nos que o excesso ou a falta de rotinas, características do dia-a-dia do idoso (hora para acordar, banho, pequeno almoço, almoço...), a falta de privacidade, a atitude paternalista e o tratamento infantilizado por parte da equipa assistencial, acrescentados aos sentimentos de isolamento, abandono, carência afetiva e

de solidão experienciados pelo idoso institucionalizado, podem determinar a sua dependência afetiva e emocional.

Todos estes sentimentos resultam do facto do idoso vivenciar um processo de transição. Meleis (2007) referiu que as transições resultam de alterações na vida, nas relações, na saúde e no ambiente e referem-se ao processo e resultado da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Esta interação é entendida como a passagem, ou movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição para outra. Neste sentido, a transição de um modo de vida em contexto domiciliar para uma instituição – denominada por transição situacional – coloca em jogo a resistência de qualquer idoso, uma vez que implica a passagem do ambiente familiar, habitual, para um lugar com pessoas desconhecidas. Ao mesmo tempo, o parente institucionalizado pode vivenciar uma transição de desenvolvimento, saúde-doença e organizacional, em que vários eventos simultâneos estão relacionados entre si.

Este processo exige do ser humano a utilização de mecanismos, ou recursos de suporte, para enfrentar esta situação e respetiva adaptação, tendo em vista a resolução de conflitos e da desorganização, permitindo-lhe, encontrar, uma forma de ser e de estar.

Segundo Meleis (2007), as transições encontram-se sempre entre dois períodos estáveis. Durante essa transição, as pessoas tendem a ficar mais vulneráveis, podendo a mesma afetar a sua saúde e/ou bem-estar. Transições saudáveis requerem a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a definição de um novo papel social.

De acordo com a autora supracitada, é possível caracterizar a natureza das transições quanto ao tipo (de desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional), padrão (simples ou múltiplas) e propriedades (consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição e acontecimentos e pontos críticos).

Enquadrando a temática desenvolvida na teoria das transições (Meleis, 2007), no que diz respeito às suas propriedades, verificamos que os dependentes aquando da decisão da institucionalização podem ter um papel ativo (revelando a sua preferência ou então fazendo parte de uma estratégia pessoal) ou passivo (não têm capacidade para emitir opinião, deixando para os familiares, ou próximos, esta tomada de decisão). O seu empenho é maior quando tem consciência de todas as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais que a transição acarreta.

O agravamento da condição de saúde do idoso é fulcral para a consciencialização da necessidade de institucionalização, daí a associação desta transição ao diagnóstico de uma doença/dependência.

2.1.2. Fatores preditores da institucionalização

De um modo geral, e tendo por referência os autores referidos mais adiante, pode afirmar-se que as causas da institucionalização podem ser agrupadas em três categorias: as centradas no idoso, as relativas ao MFPC e as agrupadas na sociedade/comunidade.

As primeiras consistem basicamente numa deterioração física ou cognitiva, que se reflete no estado de dependência dos idosos, dificultando-lhes a realização, de forma autónoma, das AVD's ou diminuindo a sua capacidade funcional. A idade avançada e o facto de um individuo viver só, predizem a institucionalização. Incluem-se, aqui, também os pós-operatórios prolongados e as atividades de reabilitação.

As causas relativas ao MFPC provêm de estados de solidão, de carências familiares ou de redes sociais de apoio, da desintegração da família e esgotamento familiar (implicações negativas na saúde de quem cuida) para fazer frente às necessidades de atenção para os idosos, especialmente quando as doenças são crónicas. O MFPC tem outras necessidades, as chamadas concorrentes, que incluem outros papéis e obrigações. Ainda nesta categoria, incluem-se os custos avultados que a prestação de cuidados no domicílio acarreta, domicílio esse nem sempre adequado à prestação de cuidados a familiares idosos.

Relativamente aos fatores respeitantes à sociedade/comunidade, incluímos: a ausência de políticas de proteção e serviços para atenderem às necessidades dos idosos; o fraco apoio das redes formais e a insuficiência de recursos médicos, de lazer e de transporte para idosos. Na generalidade das situações, existe uma concorrência de causas, porém com o predomínio de uma delas.

Na literatura está descrita, desde há vários anos, uma grande variedade de fatores preditores da institucionalização. Nos estudos de Coward, Netzer e Mullens (1996) e Foley e colaboradores (1992), a idade avançada, o sexo feminino e o facto de viver em zonas menos urbanizadas, estão muitas vezes associados a um maior risco de institucionalização. Por outro lado, Steinbach (1992) e Lu (1989) encontraram as seguintes variáveis para predizer a institucionalização: dificuldades na realização das atividades de vida diária; problemas médicos substanciais; incapacidade funcional; ajudas de saúde precárias; deficiência mental crónica; história de anterior institucionalização; história de internamentos hospitalares e quedas frequentes.

Lampley e Freeman (1984), Kempen e Suurmejer (1991), Andersen e colaboradores (1998) identificaram o estado de saúde, incluindo as capacidades físicas e cognitivas, bem como a capacidade para o autocuidado, como os mais importantes preditores da institucionalização. Por outro lado, Kuo e Torres (2001) concluíram que viver sozinho era um dos fatores mais importantes que conduzia à institucionalização e à utilização de serviços da comunidade, enquanto outros estudos anteriores identificaram as variáveis sociais e económicas como fatores preditores (Balinsky & Rehman, 1984; Rowland, 1989; Dwyer & Miller, 1990; Kemper, 1992; Herlitz, 1997; Schultz, 1997).

O mau estado de saúde antes da hospitalização, a idade avançada, o viver sozinho, o ser mulher, o ter mais do que duas doenças e um nível económico elevado foram identificados também como razões importantes que conduziam à institucionalização (Dwyer & Miller, 1990; Kemper, 1992; Bull, 1994; Herlitz, 1997; Anderson et al., 1998). Do mesmo modo, outros estudos também identificaram, o mau estado de saúde, o padrão económico baixo, a idade avançada, o ser solteiro ou viúvo, o

viver sozinho, a debilidade cognitiva e incapacidade para realizar as AVD's, como fatores concorrentes para a institucionalização (Morrow-Howell & Proctor, 1994; Zureik et al., 1995; Scott et al., 1997; Kosasih et al., 1998).

Em geral, vários estudos sugerem que, por exemplo, as pessoas latinas preferem o apoio familiar ao invés dos serviços (formais) de suporte. Percecionam o cuidar de forma diferente de outros grupos étnicos, mostrando maior vontade e disponibilidade em aceitar o encargo de cuidar dos seus idosos.

As características do MFPC estão associadas a um aumento da institucionalização, visto que, quando são jovens e desempenham uma atividade profissional parecem mais propensos a optar por ela. Inversamente, esposos e MFPC's que apresentem melhor estado de saúde apresentam menos probabilidade de institucionalizar os familiares idosos dependentes.

Outros autores sugerem que o MFPC amplia a rede de apoio social, diminuindo assim o risco de institucionalização. As medidas de apoio e de suporte social, incluindo o recurso a cuidados formais e informais, o status conjugal, o tamanho, força e diversidade da rede de apoio social também influenciam a probabilidade de institucionalização (Coward, Horne, Peek, 1995; Freedman, 1996).

Embora a literatura americana indique que o MFPC masculino é mais suscetível de institucionalizar os seus familiares dependentes (Jette, Tennstedt, & Cawford 1995; Montgomery & Kosloski, 1994), em Taiwan, por exemplo, isso não se verifica. Facto que pode colocar em evidência os aspetos culturais no fenómeno da institucionalização.

Estudos anteriores concluíram que o padrão de vida e o sentimento de aceitação do MFPC são fatores preditores da institucionalização (Zureik et al., 1995; Kosasih et al., 1998). Contudo, outras investigações identificaram a idade, a condição física e psicológica, a capacidade para o autocuidado e a duração dos internamentos hospitalares também como importantes fatores (Morrow-Howell & Proctor, 1994; Zureik et al., 1995; Hu et al., 1996; Scott et al., 1997; Kosasih et al., 1998).

Andersen (1995) desenvolveu um modelo que descreve os fatores relacionados com a utilização dos serviços de saúde como preditivos, de capacidade e de necessidade (Anderson Model of Health Services Utilization). Este modelo faz algum sentido quando nos referimos à opção por instituições de cuidados de longa duração, em vez da assistência domiciliária. Assim, como fatores preditivos, temos a idade, o sexo e a educação; como fatores de capacidade, as condições de habitação e o estado civil; e, como fatores de necessidade, a capacidade física, a capacidade cognitiva, o número de doenças, o número de complicações e o número de dispositivos (cateteres, sondas, entre outros).

Constata-se ainda que, quando os idosos não têm conjuge – ou porque são solteiros ou por situações de viuvez ou divórcio, apresentam maior probabilidade de institucionalização (Finlayson 2002). De igual modo, idosos com um número elevado de doenças, de complicações ou de dispositivos são mais frequentemente institucionalizados, em vez de receberem apoio domiciliário (Miller & Weissert, 2000; Shyu & Lee, 2002). No entanto, realça-se que o fator cultural e a política nacional de saúde de cada país devem ser considerados na análise destes resultados.

Nos países com populações idosas, as pessoas com baixa capacidade funcional procuram as instituições em vez do apoio domiciliário (Lee, 2001; Shyu & Lee, 2002). Outros autores afirmam que as pessoas funcionalmente dependentes que vivem em casa preferem o domicílio, às instituições, onde os membros da família prestam a grande parte dos cuidados evitando assim a institucionalização. Por outro lado, viver em casa tem sido correlacionado com um aumento da longevidade e uma melhor qualidade de vida (Bowers, 1987).

2.1.3. A decisão de institucionalizar

O facto de um membro da família experimentar um quadro de dependência altera a dinâmica familiar (Campos, 2008). Em ambiente familiar, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa, denominada “cuidador principal” (Wanderley, 1998 e Kawasaki, 2001). Normalmente, esta pessoa responsabiliza-se pelas

tarefas relacionadas com o cuidado do familiar idoso e mais dependente (Duarte e Diogo, 2000). No contexto português, e por todo o mundo, é a mulher que assume o papel de MFPC.

Pelas razões que foram discutidas anteriormente, muitas vezes, as famílias tomam a decisão de institucionalizar os seus idosos mais dependentes.

E, encontrar uma razão legítima para colocar um parente num lar tem sido identificado como uma estratégia para tentar acomodar as mudanças durante o processo de transição e o período pós colocação no lar (Dellasega e Mastrian 1995). Raramente são os idosos dependentes que se decidem pela institucionalização, como forma de encontrarem segurança e de continuarem com a sua independência e autonomia.

Existe uma grande evidência de que a decisão de institucionalizar uma pessoa dependente é afetada mais pelas características e pelo bem-estar do MFPC, do que pelas características de quem recebe os cuidados (Gaugler, Kane, Clay, & Newcomer, 2003).

Esta decisão constitui uma experiência difícil para os envolvidos (Caron e Bowers, 2003; Caron, 2006) e é definida, por vezes, como a decisão mais complicada que envolve o cuidado aos familiares idosos. A transição do cuidado domiciliário para o cuidado institucional é um evento significativo na vida das famílias (Gaugler et al., 2001). Aos enfermeiros cabe a responsabilidade de ajudar os familiares nesta fase, neste processo de tomada de decisão (Buhr et al., 2006).

Por vezes, esta decisão é mal planeada. As famílias parecem adiar esta decisão, tendo em conta os sentimentos de lealdade e de piedade para com o seu familiar ou, então, antecipam os sentimentos de culpa e de vergonha que vão sentir futuramente (Nussbaum 1996, cit. por Caron et. al, 2006).

Caron e colaboradores (2006) referiram que o processo de tomada de decisão sobre a institucionalização envolve fatores relativos à pessoa cuidada (nível de autonomia) e ao MFPC (outras obrigações, papéis, atitude de procura de ajuda, significado do papel de cuidador, a sua saúde e a dinâmica familiar). Este processo é, ainda, influenciado pela interação entre os cuidadores e a equipa institucional. Estas

influências podem ser positivas e negativas: a percepção da instituição como algo acessível que vai servir de suporte e de compreensão ou, por outro lado, o descontentamento com os serviços prestados e uma diminuição da habilidade percebida de fornecer o cuidado.

Há ainda os MFPC's que encaram a institucionalização antecipando as suas consequências positivas para o familiar dependente, tais como uma melhor qualidade de vida, melhores cuidados e um ambiente mais seguro, ficando mais confiantes na decisão de institucionalizar.

Quando a decisão é proposta pelos serviços de saúde ou profissionais, os MFPC's sentem-se mais aliviados e menos culpados, reforçando que foi a decisão mais aceitável.

Reed e colaboradores (2003) sugeriram que a participação do idoso, na opção por um lar, pode ser de quatro tipos:

- Preferencial – quando o idoso exerce o direito de tomar essa decisão. As circunstâncias da vida levam-no a ponderar a ida para uma instituição, ocorrendo após a morte do cônjuge ou quando fica dependente no autocuidado. Isto é, surge quando há insegurança e solidão ou quando os idosos não querem ser encarados como uma sobrecarga para os seus familiares;
- Estratégica – quando o idoso, ao longo de toda a sua vida, definiu uma estratégia no sentido de adotar esta solução. A inscrição antecipada num lar ou similar, a visita a várias instituições ou tornar-se sócio de uma delas, são alguns dos comportamentos que o idoso pode manifestar. Esta situação ocorre, maioritariamente, em pessoas solteiras, viúvas ou sem filhos. Quando têm filhos, estes ou vivem longe e /ou não têm condições para cuidar deles;
- Relutante – descrita como a opção mais dolorosa, uma vez que o idoso é forçado, pela família ou técnicos da saúde, a ir para um lar ou similar. Há uma resistência ou desacordo da parte dele. Esta imposição poderá estar relacionada, por um lado, com a falta de condições da família para cuidar do indivíduo

(doente ou seriamente dependente) e /ou por problemas, familiares, emocionais, económicos ou de saúde; por outro lado, pode não haver vontade/interesse familiar em cuidar do idoso dependente devido à existência de conflitos ou de um distanciamento do mesmo.

Quando a resolução é profissional é porque a pessoa está dependente, não tem condições económicas ou está só;

- Passiva – quando o indivíduo aceita a decisão de ir para um lar sem nada questionar. Não só a opção é escolhida por outros, como, também, o nível e o tipo de cuidados que necessita. Surge, frequentemente, em idosos dementes ou resignados.

A enfermagem, e indo de encontro uma vez mais ao nosso marco teórico, diz respeito ao processo e às experiências dos indivíduos nos processos de transição, em que o resultado esperado é a saúde e o bem-estar. A melhor forma de identificarmos o sucesso desta transição (passagem para uma instituição) será verificar a participação do idoso na transição, a procura de ajuda de profissionais pelo próprio ou familiares, a participação de ambos nas decisões do cuidado e assistir à compreensão e comparação, pelo idoso dependente, da nova forma de vida com o passado.

Como indicadores de resultado, importa apurar a adaptação do idoso à instituição (o MFPC avalia se a pessoa é feliz e o seu relacionamento com outros profissionais e residentes) e a reformulação da sua identidade/personalidade.

2.1.4. Os intervenientes no processo da transição

Existe a ideia que, quando um indivíduo é admitido num lar ou numa instituição similar é porque ocorreu uma falha dos seus cuidadores (Gaugler, 2001; Melrose, 2004). Logue (2003) concluiu que as famílias vivem sentimentos de medo e de ansiedade relativos ao cuidado a longo prazo a nível institucional, caracterizando-o como um cuidado regulamentado, despersonalizado e baseado na falta de privacidade e de conforto. Assim, a admissão de um parente num lar representa, geralmente, a escolha negativa final (Caron et al., 2006).

Quando existe uma boa relação da família com o seu parente, a primeira pode disponibilizar dados que orientem os profissionais da saúde sobre o modo como o idoso gostaria de ser tratado e cuidado, fator que facilita a transição/institucionalização do idoso.

Esta partilha de informação irá favorecer um cuidado holístico ao idoso. Reforça-se, desta forma, o papel ativo que os familiares próximos, do agora familiar institucionalizado, podem ter no processo.

Todas as informações são importantes, quer as que proveem da família, quer as disponibilizadas pela pessoa institucionalizada (quando tem condições para as fornecer), bem como, as obtidas por outro elementos da equipa de saúde, para que a resolução de problemas clínicos, a gestão da doença e a dinâmica das relações equipa/família, sejam realizadas com qualidade.

Lau e colaboradores (2008) sugerem que o papel do MFPC continua, mesmo após a institucionalização do seu familiar (citando Almberg e outros 2000; Hagen, 2001). Normalmente avaliam se a pessoa institucionalizada é feliz, o seu relacionamento com os outros residentes, com a equipa de profissionais e a sua condição de saúde.

O envolvimento da família na assistência e em alguns cuidados ao idoso institucionalizado, em particular numa fase inicial, pode ser um importante contributo para facilitar o processo de transição do idoso. Todavia, é importante referir que para os profissionais da instituição, as famílias poderiam “participar mais” (Ryan et al., 2000).

A competência técnica dos profissionais da instituição pode ser partilhada com os familiares, desenvolvendo o seu papel educacional e ensinando as famílias a prestar determinadas tarefas. Por vezes, as famílias até sugerem, ou desejam, a realização de outras atividades com os parentes institucionalizados. No entanto, esta realização envolveria tempo, custos e necessidade de mais profissionais, o que acaba por limitar tal envolvimento.

O nível de participação da família depende da capacidade e da habilidade da equipa da instituição, do nível de dependência do idoso, do desejo de voltar a cuidar e da atitude da equipa de profissionais perante a vontade da família participar. Geralmente, à família cabe um cuidado mais no domínio social e emocional, ao passo que para os profissionais restam os procedimentos técnicos e administrativos (Ryan et al., 2000).

Normalmente, a família necessita de incentivo, alguma informação e algum treino para continuar a sua colaboração no cuidado ao idoso institucionalizado. Também Nolan e Brereton (2002) enfatizam a partilha de uma ajuda comum entre os profissionais e os familiares da pessoa institucionalizada, explorando um caminho no mesmo sentido. Devem ser criadas condições para que os idosos se sintam seguros, tais como o contacto com pessoas que conheçam realmente a sua história de vida, uma comunicação eficaz entre todos os membros da equipa de saúde, a permissão do envolvimento de familiares nos seus cuidados, a possibilidade de alterações das estruturas físicas e uma avaliação detalhada das suas necessidades.

Estes fatores devem igualmente criar segurança nos familiares, através de equipas acessíveis, do fornecimento de informações constantes acerca das alterações nos cuidados aos seus parentes e do reforço do valor das suas sugestões.

No que concerne à equipa de profissionais da saúde, espera-se que haja trabalho em equipa, uma liderança eficaz, recursos humanos e materiais suficientes e adequados, registos modernos, uma gestão adequada e muita compreensão. Os profissionais têm obrigação de encorajar as famílias a reconhecer a importante contribuição que têm para assegurar uma transição de sucesso para o idoso.

No seu exercício profissional, devem trabalhar em parceria com os idosos e as suas famílias, estar conscientes das pressões que os prestadores de cuidados experienciam, tentando minimizar as mesmas tanto quanto possível, assegurar-se que os idosos e as suas famílias estão bem informados, que têm controlo sobre os acontecimentos e sobre a tomada de decisão e, ainda, que têm suporte técnico e emocional (Davies, 2005).

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Desenvolvido todo o marco teórico, partimos para a metodologia.

2.3. REFERÊNCIAS

ANDERSEN, M. [et al.] – *Home care utilization by congestive heart failure patients: a pilot study*. Public Health Nursing 15, 1998, p. 146–162.

ANDERSON, M. [et al.] – *Population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors*. Stroke, 26, 1998, p. 843-849.

BALINSKY, W.; REHMAN, S. – *Home health care: a comparative analysis of hospital-based and community-based agency patients*. Home Health Services Quarterly. 5, 1984, p. 45-60.

BOWERS, B. J. – *Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents*. Advances in Nursing Science, 1987, p. 20-31.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. – *Serviços de atenção à saúde do idoso*. In: PAPALÉONETTO, M. (Ed.). Gerontologia. São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. – *Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados*, 1996.

BUHR, G. [et al.] – *Caregivers` Reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition*. The Gerontologist. 46, 2006, p. 56-61.

BULL, M. – *Use of formal community services by elders and their family caregivers weeks following hospital discharge*. Journal of Advanced Nursing. 19, 1994, p.503-508.

CAMPOS, M. J. – *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado: impacte da acção do enfermeiro no processo de Transição*. Porto: Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Ciência da Saúde – Universidade Católica do Porto, 2008.

CARON, C. [et al.] – *Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decisions for caregivers*. Canadian journal on aging, 2006, p. 193-205.

CARON, C. D.; BOWERS, B.J. – *Deciding whether to continue, share or relinquish caregiving: Caregiver views*. Qualitative Health Research 13, 2003, p. 1252-1271.

COWARD, R.T.; HORNE, C.; PEEK, C.W. – *Predicting nursing home admissions among incontinent older adults: A comparison of residential differences across six years*. Gerontologist, 35, 1995, p. 732-743.

COWARD, R.T.; NETZER, J.K.; MULLENS, R.A. – *Residential differences in the incidence of nursing home admissions across a six-year period*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B, 1996, p. 258-267.

CREUTZBERG, M. [et al.] – *A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2007, vol.10, n.2.

DAVIES, S. – *Meleis's theory of nursing transitions and relatives's experiences of nursing home entry*. Journal of Advanced Nursing, 52 (6), 2005, p. 658-671.

DELLASEGA, C.; MASTRIAN, K. – *The process and consequences of institutionalizing an elder*. Western Journal of Nursing Research 17, 1995, p. 123-140.

DUARTE, Y.; DIOGO M. – *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

DWYER, J.; MILLER, M. – *Differences in characteristics of the caregiving network by caregiver stress and burden*. Family Relation 39, 1990, p. 27-37.

FINLAYSON, M – *Helping older Patients with multiple Sclerosis*; Geriatric, July /August 2002.

FINLAYSON, M – *Health and social profile of older adults with MS: findings from three studies*. International Journal of MS Care 4(3), 2000, p. 139-151.

FOLEY, D.J. [et al.] – *Journal of Aging and Health*, 4, 1992, p. 155-173.

FREEDMAN, V.A. – *Family structure and the risk of nursing home admission*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B, 1996, p. 61-69.

GAUGLER, K. [et al.] – *Caregiving and Institutionalization of cognitively impaired older people: utilizing Dynamic predictors of charge*. University of Kentucky, 2003.

HERLITZ, C. – *Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden*. Gerontologist 37, 1997, p. 117-124.

HU, Y.H. [et al.] – *Alternative care choices regarding the chronically ill elderly: implicit needs and barriers*. Chinese Journal of Public Health 15, 1996, p. 275-288.

IDE, C.A.C. – *O cuidar do adulto institucionalizado: os sistemas de conceitos que conformam a acção*. Rev.Esc.Enf.USP, vol. 32, n.4, Dez. 1998, p. 362-368.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Projecção da população residente 2000-2050*. Lisboa, 2003.

JETTE, A.M.; TENNSTEDT, S.; CRAWFORD, S. – *How does formal and informal community care affect nursing home use?*. Journal of Gerontology, 50,1995, p. 4-12.

KAWASAKY, K; DIOGO, M. – *Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal*. São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP, 2001.

KEMPEN, G.I.; SUURMEJER, T.P. – *Professional home care for the elderly: an application of the Adersen–Newman model in the Netherlands*. Social Service Medicine 33, 1991, p. 1081-1089.

KEMPER, P. – *The use of formal and informal home care by the disable elderly*. Health Services Research 27, 1992, p. 421–451.

KOSASIH, J. [et al.] – *Nursing home rehabilitation after acute rehabilitation predictors and outcomes*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 79, 1998, p. 670–673.

KUO, T.; TORRES-GIL, F.M. – *Fators affecting utilization of health services and home- and community-based care programs by older Taiwanese in the United States.* Research on Aging 23, 2001, p.14–36.

LAMPLEY, P.; FREEMAN, R. – *Utilization and referral patterns for home health services: a database for needs determination.* Home Health Services Quarterly 5, 1984, p. 89–106.

LAU, W. [et al.] – *Institutionalized elders with dementia: collaboration between family caregivers and nursing home staff in Taiwan.* Journal of Clinical Nursing, Blackwell Publishing, 2008.

LEE, C. – *Family caregiving: A gender-based analysis of women's experiences.* In S.Payne & C. Ellis Hill (Eds), *Chronic and terminal illness: New perspectives on caring and carers.* Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 123-139.

LOGUE, R. – *Maintaining family connectedness in long term care: an advanced practice approach to family centered nursing homes.* Journal of Gerontological Nursing, 29, 2003, p. 24-31.

LU, K. – *The efficacy of Elderly Welfare Law in Taiwan.* Taipei, Taiwan: The committee of Research and Development The Executive Yuan.1989.

MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing: development and progress.* 4th Ed., Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2007.

MELROSE, S. – *Reducing relocation stress syndrome in long term care facilities.* Journal of Practical Nursing, 54, 2004, p. 15-17.

MIGUEL, M.B. [et al.] – *Revista Electrónica de Enfermagem.* vol. 09, nº3, 2007, p. 783-795.

MILLER, E. A.; WEISSERT, W.C. – *Predicting elderly people`s for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a syntesis*. Medical care research and review, 57 (3), 2000, p. 259-297.

MONTGOMERY, R.V.; KOSLOSKI, K. – *A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 49, 1994, p. 62-74.

MORROW-HOWELL, N.; PROCTOR, E. – *Discharge destinations of Medicare patients receiving discharge planning: who goes where*. Medical Care 32, 1994, p. 486-497.

NOLAN, M.; BRERETON, L. – *Seeking` : a key activity for new family carers of stroke survivors*. Journal of Clinical Nursing, 2002, p. 22-31.

PAÚL, C. – *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

PETRONILHO, F. – *Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Porto: Tese apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, 2006.

REED, J. [et al.] – *Making a move: care-home residents, experiences of reallocation*. Ageing and Society, 23, 2003, p. 225-241.

RYAN, A.A. [et al.] – *Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes*. Journal of advanced nursing, 32, 2000, p. 626-634.

RYAN, A.A.; [et al.] – *Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers*. Journal of advanced nursing, 32, 2000 p. 1187-1195.

ROWLAND, D. – *Measuring the elderly need for home care*. Health Affairs 8, 1989, p. 39–51.

SCHULTZ, A.A. – *Identification of needs of and utilization of resources by rural and urban elders after hospital discharge to the home*. Public Health Nursing 14, 1997, p. 28-36.

SCOTT, W.K., [et al.] – *Risk of institutionalization among community long-term care clients with dementia*. Gerontologist 37, 1997, p. 46-51.

SHYU & LEE – *Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan*. Journal of Advanced Nursing, 38 (4), 2002.

STEINBACH, U. – *Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 47, 1992, p. 183-190.

WANDERLEY, B. – *Publicitação do papel do cuidador domiciliar*. São Paulo: IEE/PUC, 1998.

ZUREIK, M. [et al.] – *Returning home after acute hospitalization in two French teaching hospitals: predictive value of patients' and relatives' wishes*. Age and Ageing 24, 1995, p. 227-234.

3. METODOLOGIA

A metodologia diz respeito aos procedimentos, aos métodos e técnicas usadas pelos investigadores para construir um discurso com as respostas aos objetivos da investigação, assegurando a estrutura do estudo e dos processos de colheita, a análise e a organização dos dados (Beck, Hungler & Polit, 2004).

3.1. FINALIDADE DO ESTUDO

O estudo que aqui é reportado visa caracterizar as famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados e, particularmente, os casos em que a institucionalização se relaciona com a instalação de um quadro de dependência no autocuidado. A relevância que a dependência no autocuidado pode ter na decisão de institucionalizar um familiar dependente será importante para perspetivar o papel que os cuidados de enfermagem podem ter na ajuda às famílias que integram dependentes, quer em contexto domiciliário, quer no âmbito das próprias “instituições-destino”.

3.1.1. Objectivos

Um objetivo, segundo Fortin (2009), é um enunciado que indica aquilo que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. O seu enunciado deve indicar de forma clara o fim do investigador, especificando as variáveis chave, a população alvo e o verbo da ação que orienta a investigação.

Para a investigação em causa, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Estimar a percentagem (número) de famílias clássicas do Concelho do Porto que têm parentes próximos institucionalizados;
- Estimar o número de famílias clássicas do Concelho do Porto que têm parentes próximos institucionalizados, os quais, atualmente evidenciam dependência (s) no (s) autocuidado (s);
- Identificar os fatores/razões que, na perspetiva das famílias, surgem associados à decisão de institucionalização de um dos seus parentes;

- Explorar o nível de participação e o envolvimento das famílias na prestação de cuidados aos parentes institucionalizados;
- Identificar os requisitos gerais que, na opinião das famílias, seriam mais relevantes para manter o parente, entretanto institucionalizado e dependente, no contexto familiar.

Depois de clarificar a finalidade e os objetivos do nosso estudo, importa evoluir na descrição da sua tipologia.

3.2. TIPO DE ESTUDO

Em termos genéricos, podemos classificar o estudo que aqui relatamos como do tipo exploratório, descritivo, transversal e de perfil quantitativo. Exploratório, porque a investigação realizada envolveu entrevistas (com elevado grau de estruturação) com pessoas que tiveram experiências práticas com a institucionalização; descritivo, porque, tal como Gil (2007) refere, através dele podem descrever-se as características de determinada população ou de um fenómeno (institucionalização); transversal, na medida em que a colheita de dados foi realizada num único momento, isto é, não pressupõe o seguimento temporal da amostra; e, de perfil quantitativo, uma vez que, através de um processo de investigação, pretendemos conhecer padrões de regularidade, no que concerne às variáveis do estudo, e assegurar uma representação da realidade, de modo que os dados obtidos sejam generalizáveis à população de origem (Fortin, 1999).

3.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Uma variável é (...) “*qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p.46). É uma característica que pode ser medida, controlada ou manipulada numa pesquisa e que representa condições inerentes à população em estudo, tais como a idade, as crenças, a profissão e o género.

As variáveis são classificadas de acordo com o papel que exercem numa investigação. Para ser medida qualquer variável deve ter primeiro uma significação conceptual e, posteriormente, deve ser operacionalizada (Fortin, 2009).

A autora supracitada define as “variáveis atributo” como “*características pré-existentes dos participantes num estudo*” (p.172). Constituem, então, atributos: a idade, o género, a situação familiar. Através delas podemos traçar um perfil da amostra. Já “as variáveis em estudo” ou “de investigação” são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, representando os aspetos centrais em estudo. A operacionalização, dos dois tipos de variáveis, pode ser consultada no anexo 1.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Cabe a cada investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao “objetivo” do estudo, às suas questões de investigação ou às suas hipóteses (Fortin, 2009). No nosso estudo, optámos pelo formulário, como instrumento de recolha de dados.

3.4.1. Formulário

Segundo Gil (2007), o formulário pode ser definido como a técnica de colheita de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas. Embora exija treino pessoal, o formulário torna-se uma das mais práticas e eficientes técnicas de colheita de dados. Ao aplicar-se aos diversos segmentos populacionais e ao possibilitar a obtenção de dados facilmente quantificáveis, o formulário constitui uma técnica muito adequada de pesquisa em grandes populações ou em “estudos de base populacional”, como é o caso do nosso estudo.

O nosso estudo representa uma parte específica de um estudo mais abrangente, realizado nos concelhos do Porto e Lisboa, com objetivos centrados na identificação do número de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado no seu seio; na identificação da natureza dos processos de tomar conta por parte do MFPC e, ainda, na identificação do número de famílias com parentes próximos institucionalizados, em instituições como lares e similares. Especificamente, ocupámo-nos da problemática das famílias com parentes institucionalizados.

Para a realização do estudo global foram construídos três instrumentos (subformulários), que dão corpo ao “instrumento global” de recolha de dados.

Este instrumento foi construído de raiz, com base na revisão da literatura, aliado a uma técnica de produção de consensos com um painel de enfermeiros particularmente interessados na problemática em estudo (Gil, 2007). Isto é, cada um dos elementos do grupo de investigação criou um conjunto de questões convenientes à sua área de interesse, salvaguardando a harmonia do formulário, ou seja, a relação entre todas as suas partes. Tal faz com que o mesmo só deva ser utilizado por enfermeiros, porque o seu preenchimento envolve conceitos e observações específicas da sua área do conhecimento.

Após a construção, e por ser uma população semelhante à do nosso estudo, procedeu-se ao pré-teste do formulário no concelho de Vila Nova de Gaia. Este processo tinha por propósito verificar se todas as questões eram claras e inequívocas e se no geral não constituía algo cansativo para o respondente. O pré-teste serviu então para fiabilizar o conteúdo do formulário, bem como a sua forma de utilização.

Este formulário é constituído por três partes. A primeira, designada por inquérito preliminar (anexo 2), abarca a caracterização do respondente (da sua família no que concerne ao tipo, número de membros, rendimento do agregado, tipo de alojamento e respetivas características), servindo, ainda, de ligação à do nosso estudo, intitulado por “Parente institucionalizado” (anexo 3) e à da “Pessoa dependente”, aquele que forneceu dados para os restantes elementos do grupo de investigação.

O documento supracitado como “Parente institucionalizado” engloba uma caracterização sócio demográfica da pessoa institucionalizada e conjuntos de questões relativas à instituição, à dependência, à decisão de institucionalizar e aos requisitos necessários para que esta não ocorra.

Já o da “Pessoa dependente” inclui a avaliação do nível e tipo de dependência dos idosos dependentes integrados numa família clássica, bem como os aspectos inerentes ao exercício do papel do MFPC.

3.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população, de acordo com Fortin (2009), pode ser definida como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. Pretende-se, assim, que todos os elementos apresentem as mesmas características. A nossa população integra então as famílias clássicas do concelho do Porto.

Todavia é necessário que a nossa amostra represente fielmente a população em estudo, para que permita realizar inferências estatísticas para a restante população, tendo em conta a lei da regularidade estatística (Gil, 2007). Para tal, para fazer parte da amostra, cada caso tem de obedecer aos critérios de inclusão definidos, que foram:

- Aceitar participar no estudo;
- Fazer parte de uma família clássica, de acordo com a definição proposta pelo INE;
- Ser residente no concelho do Porto;
- Ter parentes próximos que se encontrem institucionalizados.

A amostra utilizada, do tipo probabilística, aleatória e estratificada, é constituída então pelas Famílias Clássicas do concelho do Porto que têm um parente próximo institucionalizado.

Assume estas três características visto que neste estudo todos os elementos da população (Famílias clássicas do concelho do Porto) tinham a mesma possibilidade de participar no estudo, conferindo um aumento da representatividade e reduzindo o erro da amostragem; e, por outro lado, ao ser aleatória estratificada, pressupõe uma divisão da população alvo em subgrupos denominados “estratos”, nos quais se selecionou ao acaso uma amostra de cada estrato.

3.5.1. Plano de amostragem

Para se calcular o tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991, p.25), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e

sugerida por, Beaglehole, Bonita, e Kjellstrom (2003, p.52), em que $n = Z^2 p (1-p)/d$, na qual z (valor da distribuição normal standard para o nível de confiança) é de 95%; p (percentagem esperada de prevalentes) - uma vez que a prevalência do fenómeno era desconhecida, foi assumido o valor de 50%; valor, este, que garante uma maior dimensão amostral; assumindo um erro amostral (d), de precisão, de 2%.

De acordo com a fórmula apresentada, o número de famílias respondentes, previstas, para a colheita foi de 2401. O plano de amostragem “*envolve a seleção aleatória de elementos da população*” (Polit, et al., 2004, p. 230) em que cada elemento da população tem a mesma probabilidade de participar, constituindo um “*método confiável de obtenção de amostras representativas em estudos quantitativos*” (Polit, et al., 2004, p. 233). Esta metodologia é considerada muito dispendiosa, no entanto acrescenta elevado rigor científico nos resultados obtidos, o que para os autores referidos constitui uma vantagem assinalável.

O modelo de amostragem probabilística selecionado permitiu-nos constituir uma amostra aleatória estratificada por freguesia de residência (o número de famílias seleccionadas, em cada freguesia, é proporcional ao peso que o número de famílias residentes na freguesia exerce no número total famílias do Concelho – ver no anexo 4), através de informação disponível nos Censos de 2001 (INE, 2002) e da fórmula de Lwanga e Lemeshow (2001, p.25) para o cálculo de uma amostra estratificada publicadas pela Organização Mundial de Saúde, em que $n = [Z^2 \sum (Nh^2 phq/Wh)] / N^2 d^2$. Este modelo de amostragem permite fortalecer a representatividade da amostra, já que “*a população é dividida em subconjuntos homogéneos dos quais os elementos são seleccionados aleatoriamente*” (Polit, et al., 2004, p. 233).

Para o processo de seleção das unidades familiares que integraram a amostra, foi utilizada a Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI, 2001), permitindo-nos conhecer a distribuição geográfica das famílias. A seleção geográfica aleatória de subsecções territoriais foi efetuada por um Sistema de Informação Geográfico.

3.6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

A recolha de dados foi assegurada através de uma entrevista realizada presencialmente pelos investigadores. A abordagem dos inquiridos foi realizada “porta a porta” em função da seleção efetuada pelo sistema de referenciação geográfica atrás referido.

O grupo de investigadores, constituído por cinco enfermeiros (licenciados e inscritos na Ordem dos Enfermeiros – OE), teve formação específica para o processo de recolha de dados, nomeadamente sessões de treino com vista a uniformizar o modo de colheita de informação e, assim, de diminuir a possibilidade de ocorrência de viés na investigação.

Em paralelo, e ainda previamente à recolha de dados, foi realizado um pré-teste do formulário, aplicando-o numa população semelhante à estudada (concelho de Vila Nova de Gaia). Esta estratégia permitiu esclarecer algumas dúvidas e corrigir pequenas gralhas do formulário, nomeadamente na formulação e na complexidade de algumas questões que poderiam suscitar dúvidas ou mesmo levar à saturação do respondente.

A colheita, propriamente dita, realizou-se nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2009. O grupo de investigadores organizou-se, em função das disponibilidades de cada um dos membros, e em pares, “bateram” a cerca de 8000 portas, obtendo resposta positiva em 2445 habitações. Note-se que na abordagem inicial, a pessoa que nos respondia foi sempre devidamente informada e esclarecida sobre o estudo e a respetiva participação, obtendo-se assim, por parte daqueles que o entenderam fazer, o seu prévio consentimento.

Obtidas as respostas dos participantes, os formulários foram codificados manualmente. Esta codificação englobava o concelho de realização da colheita (Porto ou Lisboa), o investigador e o número da família estudada em cada freguesia.

Relativamente à análise dos dados, e tal como Gil (2007) refere, são diversos os procedimentos envolvidos, nomeadamente o estabelecimento de categorias, a codificação de respostas, a tabulação dos dados e a análise estatística. Neste estudo, o

formulário utilizado foi processado por uma aplicação informática denominada por “Teleform®”. Esta aplicação foi previamente utilizada para o desenho dos formulários, o que permitiu a posterior leitura ótica dos mesmos através do software “Teleform reader®”.

Depois de um processo de verificação e de validação de informação, o aplicativo criou um ficheiro de dados que foi exportado para uma base de dados “Access®”. Neste aplicativo, procedeu-se a mais uma verificação dos dados para identificação de possíveis erros e de incongruências (como por exemplo o de um respondente com um ano de idade).

Confrontados os registos em papel com os dados na base de dados, procedeu-se às correções necessárias, após o que se exportaram, mais uma vez, os dados, para outra base de dados, o PASW® Statistics 18.0. Nesta aplicação, os dados foram submetidos a uma análise estatística, de acordo com a natureza das variáveis em estudo e os seus objetivos.

É de salguardar que o grande recurso de apoio à investigação foi, sem dúvida, a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), instituição que possui as ferramentas informáticas necessárias ao desenvolvimento de estudos desta magnitude.

3.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (Fortin, 1999, p.114). É o conjunto de permissões e de interdições, nas quais os indivíduos se inspiram para guiar a sua conduta e que têm um enorme valor na sua vida. Qualquer que seja o tipo de estudo ou estratégia que utiliza, o investigador depara-se sempre com questões desta ordem (Fortin, 2009, p.181).

Antes de se partir para o trabalho de campo criou-se um “algoritmo” de decisão, considerando algumas situações, com as quais os investigadores poderiam vir a deparar-se. Assim:

- Situações de emergência – Contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM);

- Casos de negligência ou maus tratos – Contactar a Policia de Segurança Pública;
- Casos em que a condição de saúde do doente justifique a intervenção de profissionais da saúde, nomeadamente para que os familiares disponham de apoio no cuidado ao seu parente, e em que essa intervenção seja do interesse da família – Notificar para o Centro de Saúde da área de residência.

Ficou, ainda, estabelecido que no contacto com os respondentes, ser-lhes-ia fornecida a informação essencial sobre o estudo para que pudessem interiorizar o respetivo propósito e compreender aquilo em que iriam participar. Deste modo, cada um poderia decidir livre e esclarecidamente, sem qualquer pressão, se iria ou não fazer parte desta investigação.

Note-se, ainda, que se deixou claro a todos os participantes que não iriam ter qualquer prejuízo ou benefício imediato, em função da sua decisão, ou seja, procurou evitar-se que a participação decorresse de qualquer incentivo.

Outro dos princípios éticos respeitados foi o do “respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais” (Fortin, 2009). De facto, como se pode verificar no formulário em anexo, não existe qualquer campo (nome, morada, número de telefone...) que permita, de alguma forma, identificar o respondente.

3.8. REFERÊNCIAS

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. – *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization, 2003.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 1ªed. Loures: Lusociência, 1999.

FORTIN, M. F. [et al.] – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GIL, António C. – *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. – *Sample size determination in health studies*. Geneva, World Health Organization, 1991.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004. Gerontology, 12, p. 163-174.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo examinamos os resultados, ligando-os aos principais objetivos do nosso trabalho, confrontando-os, ainda, com outros estudos de investigação. Importa ressaltar que foi realizado um estudo inferencial, no sentido de percebermos associações, isto é, relações com significado estatístico entre as variáveis em estudo. Todavia apresentamos, apenas, aquelas que têm significado estatístico.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na caracterização da amostra, começámos por descrever o “familiar respondente” e, após, apresentamos os dados relativos ao “parente institucionalizado”.

O familiar respondente corresponde à pessoa que tendo aceitado participar no estudo, forneceu informações acerca da pessoa (idosa) que está institucionalizada. Os dados da caracterização deste participante estão incluídos no Inquérito preliminar/caracterização.

4.1.1. O familiar respondente

Dos respondentes ao nosso estudo, como podemos verificar na tabela 1, a totalidade era de nacionalidade portuguesa e, a grande maioria, do sexo feminino (76,6%). 68,8% dos inquiridos estavam casados ou viviam em união de facto e 38,1% encontravam-se aposentados /reformados. Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se que 34,9% possuíam apenas o Ensino básico – 1º ciclo, 24,8% o Ensino secundário e 8,2% não apresentava qualquer escolaridade.

A média de idades do familiar respondente foi de 57,9 anos, com um mínimo de 21 anos e um máximo 84 anos.

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Familiar respondente		N	%
Sexo	Feminino	85	76,6
	Masculino	26	23,4
	Total	111	100
Nacionalidade	Portuguesa	110	100
	Total	110	100
Estado civil	Casado/União de facto	75	68,8
	Solteiro	19	17,4
	Viúvo	12	11
	Divorciado	3	2,8
	Total	109	100
Profissão	Pensionista/Reformado	40	38,1
	Doméstica	12	11,4
	Pessoal administrativo	8	7,6
	Trabalhador não qualificado	7	6,7
	Estudante	6	5,7
	Desempregado	5	4,8
	Pessoal dos serviços e vendedores	2	1,9
	Outra	25	23,8
	Total	105	100
Nível de escolaridade	Ens. Básico - 1º Ciclo	38	34,9
	Ens. Secundário	27	24,8
	Ens. Superior	22	20,2
	Nenhum	9	8,2
	Ens. Básico - 3º Ciclo	7	6,4
	Ens. Básico - 2º Ciclo	6	5,5
	Total	109	100

Tabela 1: Caracterização do Familiar respondente

Quanto à relação de parentesco do respondente com o parente institucionalizado (tabela 2), 35,1% mencionaram “filho/filha” e 20,7% “irmão/irmã”. Note-se que o “marido/esposa” e “pai/mãe” surgiram como os menos frequentes, com 3,6% e 4,5%, respetivamente.

Parentesco do respondente com PI	N	%
Afinidade	22	19,8
Filho / filha	39	35,1
Irmão / irmã	23	20,7
Marido / esposa	4	3,6
Pai / mãe	5	4,5
Outra	18	16,2
Total	111	100

Tabela 2: Parentesco do Familiar respondente com parente institucionalizado

4.1.2. O Parente institucionalizado

Através da análise da tabela 3, pode verificar-se que nos 111 casos de indivíduos institucionalizados é notória a percentagem de pessoas idosas do sexo feminino (73,9%). Tal não constitui, de forma alguma, uma surpresa, uma vez que como Levenson (2001) refere, é maior o número de mulheres institucionalizadas.

No que concerne ao estado civil, predominou o ser viúvo (a) (59,6%), seguido dos solteiros(as) com 20,2%. Esta situação vai de encontro à literatura existente, de entre a qual se destaca Furini e colaboradores (2007) que afirmam que, nos casos em que o idoso não tem descendentes diretos ou quando ocorre a morte de um dos cônjuges ou companheiro, a institucionalização é quase uma consequência natural. Kane (1997), (citado por Born e Boechet em 2002), após a realização de 12 estudos nos EUA, acrescenta ainda o estado civil (solteiro, viúvo) como preditor da institucionalização.

Num estudo de investigação, Schoenmakers e colaboradores, em 2008, verificou que, entre as pessoas institucionalizadas, as mulheres constituem a maioria e que destas 60% são viúvas.

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Parente institucionalizado		N	%
Sexo	Feminino	82	73,9
	Masculino	29	26,1
Total		111	100
Nacionalidade	Portuguesa	102	99
	Brasileira	1	1
Total		103	100
Estado civil	Viúvo	65	59,6
	Solteiro	22	20,2
	Casado/União de facto	18	16,5
	Divorciado	4	3,7
Total		109	100
Profissão	Pensionista/Reformado	93	86,9
	Doméstica	6	5,6
	Pessoal administrativo	2	1,9
	Desempregado	2	1,9
	Trabalhador N qualificado	1	0,9
	Estudante	1	0,9
	Pessoal dos serviços e vendedores	1	0,9
	Outra	1	0,9
Total		107	100
Nível de escolaridade	Ens. Básico - 1º Ciclo	45	40,5
	Nenhum	34	34,3
	Ens. Superior	10	9
	Ens. Secundário	5	4,5
	Ens. Básico - 3º Ciclo	5	4,5
Total		99	100

Tabela 3: Caracterização do Parente Institucionalizado

Relativamente ao nível de escolaridade, dos 99 casos em que o dado está disponível, 34,3% dos parentes institucionalizados referiram o analfabetismo e 40,5 % apenas o 1º ciclo.

A maioria dos institucionalizados encontrava-se num lar (92,7%) e, dos inquiridos que responderam à questão acerca da localização da instituição (105), 70,5% mencionou o concelho do Porto (tabela 4).

Tipo e localização da instituição		N	%
Tipo de Instituição	Lar	101	92,7
	UCC	4	3,7
	Outra	4	3,7
Total		109	100
Localização da Instituição	Porto	74	70,5
	Outro concelho	31	29,5
Total		105	100

Tabela 4: Tipo e localização da instituição

A tabela 5 permite-nos afirmar que o tempo médio de institucionalização, em anos, do Parente institucionalizado é de 4,07 anos.

Tempo de institucionalização (anos) N=104	
Média	4,07
Desvio padrão	4,12
Mínimo	0
Máximo	22

Tabela 5: Tempo de institucionalização (em anos)

4.2. FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM “PARENTES INSTITUCIONALIZADOS”

O nosso primeiro objetivo para o estudo, passava por estimar o número de famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados. Durante a fase de colheita de dados, tendo em vista a realização do estudo alargado em que se insere aquele (específico) que aqui relatamos, obtivemos um número de “respostas” que ultrapassou as expectativas iniciais. Na realidade, tivemos oportunidade de contactar com 2445 famílias (tabela 6); número ligeiramente superior ao inicialmente estimado para a amostra (2401).

Freguesias	Inquéritos realizados (N)	Inquéritos realizados (%)
Aldoar	114	4,7
Bonfim	280	11,5
Campanha	388	15,9
Cedofeita	244	10,0
Foz do Douro	106	4,3
Lordelo do Ouro	182	7,4
Massarelos	73	3,0
Miragaia	26	1,1
Nevogilde	45	1,8
Paranhos	453	18,5
Ramalde	327	13,4
Santo Ildefonso	109	4,5
São Nicolau	26	1,1
Sé	45	1,8
Vitória	27	1,1
Total	2445	100,0

Tabela 6: N° de inquéritos realizados por freguesia

A diferença de inquéritos realizados por freguesia não foi assinalável, em relação às estimativas do plano de colheita de dados. Destas famílias, depois de devidamente esclarecidas, responderam ao inquérito preliminar 2314. Neste conjunto de respondentes foi possível identificar, em função das respostas dadas à questão: “*Tem algum familiar direto internado num lar ou noutra instituição de saúde?*”, 148 famílias com um parente institucionalizado, ou seja, 6,4% das famílias clássicas do Porto têm um familiar idoso institucionalizado. Contudo, dos 148 casos identificados, apenas 111 se disponibilizaram a responder às questões da Parte III do instrumento – “Parente Institucionalizado”.

O estudo permitiu concluir que 35,5% das pessoas institucionalizadas coabitava anteriormente, com o respondente. Estes resultados são similares aos de Kodama e colaboradores, realizado em 2009.

Na maioria dos casos (64,5%), o parente agora institucionalizado não morava com o familiar respondente e 21% tiveram que mudar de concelho, para efeitos de concretização da institucionalização (tabela 7).

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

		N	%
Concelho do parente institucionalizado	Porto	68	80
	Outro concelho	17	20
Total		85	100
Coabitação com respondente	Não	69	64,5
	Sim	38	35,5
Total		107	100
Mudança de concelho com institucionalização	Não	64	79
	Sim	17	21
Total		81	100

Tabela 7: Coabitação da pessoa institucionalizada com o respondente e mudança de concelho com a institucionalização

4.3. A DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO COMO UM FATOR CONCORRENTE PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO

No âmbito do nosso estudo, pretendíamos perceber, em que medida a dependência nos vários domínios do autocuidado (ICN, 2011) constituiu um fator concorrente para a institucionalização de um dos seus membros da família.

Motivos da institucionalização	N	%
Dependência	92	89,3
Défice de apoio informal	59	56,7
Défice de apoio formal	54	52,9
Falta de tempo do respondente	50	50
Condições de habitação	44	43,1
Condições económicas	38	37,3
Alterações da vida social do respondente	36	36,4
Outro	20	33,3

Tabela 8: Motivos da institucionalização

Conforme se depreende da consulta da tabela 8, em quase 90% dos casos a dependência no autocuidado foi uma das razões que “determinou” a decisão de institucionalizar um dos membros da família. Como se percebe da leitura da mesma, as razões apontadas não eram mutuamente exclusivas.

4.3.1. Características da dependência no autocuidado do parente institucionalizado

Na grande maioria dos casos estudados, o principal motivo de instalação da dependência no autocuidado foi o envelhecimento. Facto que explicará a instalação gradual do quadro de limitação da autonomia.

		N	%
Motivo da dependência	Envelhecimento	66	63,5
	Doença crónica	51	48,6
	Acidente	19	18,3
	Doença aguda	25	24
	Outra	3	4,1
Modo de instalação da dependência		Gradual 83	79
		Súbita 22	21
Total		105	100
Dependência notória do PI	Cuidar da higiene pessoal	93	89,4
	Tomar banho	93	89,4
	Auto-administração de medicação	90	85,7
	Arranjar-se	89	84,8
	Vestir-se	83	71,2
	Andar	78	75
	Usar o sanitário	77	74
	Transferir-se	74	79
	Auto-elevar-se	68	65,4
	Virar-se	49	47,6
	Alimentar-se	49	46,7
Usar a cadeira de rodas	44	51,2	

Tabela 9: Motivo da dependência e atividades em que era mais notória a dependência, antes da institucionalização

No que diz respeito aos aspetos do autocuidado nos quais era mais notória a dependência do parente institucionalizado, e tendo em conta que cada um deles foi estudado isoladamente, o “tomar banho” e o “cuidar da higiene pessoal”, ambos com 89,4% foram os mais referidos, seguidos pela “auto-administração da medicação” com 85,7%. Estas dimensões do autocuidado, assim como o “andar”, o “transferir-se” ou o “arranjar-se”, estão associadas a intensas cargas de trabalho para as famílias, o que pode explicar a decisão de institucionalizar um dos seus membros.

Da consulta da tabela seguinte, constatamos que, em média, o parente institucionalizado já se encontrava dependente há cerca de 6,32 anos.

Tempo de dependência (anos) N =94	
Média	6,32
Desvio padrão	6,77
Mínimo	0
Máximo	32

Tabela 10: Tempo de dependência (em anos)

4.4. PARA ALÉM DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: OUTROS MOTIVOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Como vimos, a dependência no autocuidado é uma forte razão para a decisão de institucionalizar um membro da família. Contudo, para além deste importante motivo, outros emergiram da análise dos dados (tabela 11).

Desde logo, importa salientar que as condições económicas e a alteração da vida social do respondente, no contexto deste estudo, não surgem como fatores muito preponderantes na decisão de institucionalização. Soyeon Cho (2009) mostra-nos que a alteração da vida social do respondente (MFPC) é um forte preditor da institucionalização, pois os MFPC's deparam-se com uma sobrecarga do papel, percecionando-o como uma prisão, que os priva de manterem a sua rede social, de aproveitarem momentos de lazer, de se dedicarem à religião, de estarem com os amigos, manifestando muitas vezes, queixas de depressão ou sintomas.

Segundo uma pesquisa realizada por Prado e Petrilli (2002), um dos principais motivos para os idosos se encontrarem em lares é a falta de condições económicas das famílias, situação que não se mostrou particularmente evidente no nosso estudo.

Motivos da institucionalização	N	%
Dependência	92	89,3
Défice de apoio informal	59	56,7
Défice de apoio formal	54	52,9
Falta de tempo do respondente	50	50
Condições de habitação	44	43,1
Condições económicas	38	37,3
Alterações da vida social do respondente	36	36,4
Outro	20	33,3

Tabela 11: Outros motivos da institucionalização

Com efeito, para além da dependência no autocuidado, outros aspetos como os défices de apoio às famílias (onde se inserem os cuidados de enfermagem) constituíram as principais razões que subjazem à institucionalização dos idosos das famílias clássicas do Porto. Já Caron e colaboradores (2006) referiam que os fatores que conduzem à institucionalização são as limitações de saúde (do idoso), as condições do domicílio e a falta de apoio/recursos às famílias, resultados com os quais os nossos achados se coadunam. No universo das pessoas institucionalizadas, a grande maioria não tinha cônjuge (Tabela 12). Assim, podemos referir que existe uma relação direta entre estar (viver) só e estar institucionalizado (Dwyer e Miller, 1990; Kemper, 1992; Bull, 1994; Morrow-Howell e Proctor, 1994; Zureik et al., 1995; Coward, Netzer e Mullens, 1996; Scott et al., 1997; Anderson et al., 1998; Kosasih et al., 1998; Kuo e Torres, 2001; Finlayson, 2002).

	Casa	Instituição
Com cônjuge	63	18
Sem cônjuge	117 (4 divorciados, 23 solteiros, 90 viúvos)	91 (4 divorciados, 22 solteiros, 65 viúvos)
Total	180	109

Tabela 12: Estado civil e Institucionalização

A dimensão da família, no contexto do nosso estudo, assumiu-se como um dos fatores que surgiu associado à institucionalização. Com efeito, quando comparamos, através do *test t de Student*, a dimensão das famílias com dependentes em casa (174 casos) e aquelas cujos parentes se encontravam em lares ou similares (103 casos), verificamos (tabela 13) que, em média, as famílias que têm dependentes em casa são maiores do que as famílias que têm dependentes institucionalizados ($p = 0,006$).

	N	Média	DP	P
Casa	174	3,1	1,6	0,006
Instituição	103	2,6	1,2	

Tabela 13: Comparação da dimensão das famílias com dependentes “em casa” e “institucionalizados”

Logo, podemos concluir que as famílias menos numerosas têm mais tendência para a institucionalização, o que acaba por reforçar a ideia de que o suporte informal de outros familiares é um aspeto essencial na decisão de manter os dependentes em casa.

Da consulta da tabela 14, atendendo à comparação das condições habitacionais das famílias, percebemos que as famílias com melhores condições habitacionais (caraterísticas do alojamento estudadas) tendem a ter os seus idosos e dependentes institucionalizados. Os resultados, em termos percentuais, foram calculados, tendo por base o total das respostas obtidas em cada uma das características do alojamento.

Caraterísticas do alojamento	N		%	
	Casa	Instituição	Casa	Instituição
Acessibilidade a PMC	10	17	6,8	17,5
Água canalizada	177	104	98,9	100
Aquecimento	123	85	71,1	83,3
Instalação de banho/duche	168	102	93,8	98,1
Retrete	173	104	96,1	100

Tabela 14: Comparação das características do alojamento das famílias com dependentes “em casa” e “institucionalizados”

4.4.1. O processo da institucionalização

Da leitura da tabela 15, e tendo em consideração que as possibilidades de resposta eram mutuamente exclusivas, percebemos que apenas em oito casos de parentes institucionalizados (7,2%), o próprio teve um papel preponderante na decisão de ser institucionalizado. Na maior parte dos casos, foi a família, no conjunto, a responsável pela ida do seu familiar para uma instituição (60,7%). Conferimos ainda que 34,7% dos elementos institucionalizados foram para uma instituição contra a sua vontade.

		N	%
Quem participou na decisão	Família (conjunto)	65	60,7
	Um membro da família	24	22,4
	Familiar institucionalizado	8	7,2
	Serviços sociais/saúde	10	9,3
	Total	107	100
O PI foi contrariado	Não	64	65,3
	Sim	34	34,7
	Total	98	100

Tabela 15: A decisão de institucionalizar

Ribeiro e colaboradores (2006), num estudo realizado num lar no estado do Rio de Janeiro, evidenciaram que a maior parte dos idosos não é institucionalizado voluntariamente. As razões mais apontadas foram os problemas de saúde e a falta de condições da família para cuidar deles. Também Caron e colaboradores (2006), citados por Dubois e colaboradores (2009), concluíram que, independentemente da família perspetivar a colocação do seu familiar numa instituição, muitos dos idosos desejam permanecer em casa, menosprezando a carga física e emocional que irão provocar. Todavia, existem outros casos em que é o idoso que toma esta decisão, sem haver qualquer pensamento ou expressão dessa vontade por parte da família. Nestes casos, a decisão do idoso tende a ser baseada no declínio das suas condições de saúde.

No que concerne aos motivos para a escolha da instituição (Tabela 16), a proximidade do domicílio parece ser a razão que teve maior relevância nessa seleção. É importante referir, ainda, que a qualidade dos serviços apenas foi apontada por 45,9% dos inquiridos.

Relativamente à responsabilidade dos custos com a instituição, cerca de 45% dos respondentes expressaram que os mesmos eram assegurados pela família, juntamente com uma comparticipação por parte do Estado. Este, por sua vez, assegurava a totalidade dos custos em 21,3% dos casos em estudo. Os resultados vão de encontro à literatura consultada que nos mostra que um nível económico mais elevado, por parte das famílias, facilita o processo de institucionalização (Dwyer e Miller, 1990; Kemper, 1992; Bull, 1994; Herlitz, 1997; Anderson et al., 1998).

		N	%
Motivos da escolha da instituição	Proximidade do domicílio	59	60,8
	Qualidade dos serviços	45	45,9
	Económicos	31	32,3
	Outro	30	42,3
Responsável pelos custos	Comparticipado	42	44,7
	Privado	32	34
	Estado	20	21,3
Total		94	100

Tabela 16: Motivos de escolha da instituição e suporte dos custos

O tempo que medeia entre a decisão de institucionalizar e a sua concretização (tabela 17) é, em média, de 0,15 anos, ou seja, um pouco menos de dois meses, o que representa uma resposta célere por parte das instituições.

Tempo entre a decisão de institucionalizar e sua concretização (anos). N=66	
Média	0,15
Desvio padrão	0,47
Mínimo	0
Máximo	3

Tabela 17: Tempo entre a decisão de institucionalizar e a sua concretização.

4.4.2. Estratégias utilizadas no processo de institucionalização

Antes de procedermos à descrição dos dados da tabela 18, importa referir que a percentagem de não respostas a cada um dos itens, isoladamente, variou entre 15,3% e 17,1%. No entanto, é de salvaguardar que alguns dos respondentes escolheram mais do que uma opção.

	N	%
Visitas frequentes	60	54,1
Visitas prévias à instituição	24	21,6
Períodos no domicílio	12	10,8
Personalização do espaço do PI	12	10,8
Integração faseada	7	6,3

Tabela 18: Estratégias utilizadas no processo da institucionalização

Assim, as visitas frequentes, com 54,1% de respostas foi a estratégia de eleição para facilitar a integração na instituição do parente do inquirido.

Cerca de 11% dos respondentes mencionaram que a personalização do espaço individual do parente institucionalizado, bem como a possibilidade de ter o seu familiar no domicílio por períodos, simplificou a integração do mesmo na instituição. Note-se, ainda, que 21,6% das pessoas institucionalizadas já conheciam a instituição onde iriam ficar posteriormente, uma vez que foram realizadas visitas prévias à instituição.

4.5. INTERACÇÃO DA FAMÍLIA COM O PARENTE INSTITUCIONALIZADO

Netto (2000) defende que, mesmo dentro da instituição, a família desempenha um papel crucial, pois o seu contacto com o dependente, preserva o seu autoconhecimento, valores e ideais, mantendo-o próximo do seu meio ambiente natural.

4.5.1. Qualidade da relação e frequência de visitas

Verificamos que 67,7% dos familiares respondentes (ou famílias) consideraram ter uma relação “boa” ou “muito boa” com o parente institucionalizado, o que é coerente com o número de visitas que realizaram à instituição. Assim, 46,7%, aproximadamente metade dos respondentes, afirmam que, pelo menos uma vez por semana, se deslocavam à instituição onde se encontra o seu familiar (tabela 19).

		N	%
Qualidade /Intensidade da relação	Muito boa	37	34,3
	Boa	36	33,3
	Razoável	27	25
	Fraca	8	7,4
Total		108	100
Frequência de visitas	Uma vez por semana	50	46,7
	Uma vez por mês	34	31,8
	Uma vez por ano	18	16,8
	Nunca	5	4,7
Total		107	108

Tabela 19: A interacção do “familiar respondente” com o “parente institucionalizado” e frequência de visitas

Almeida, em 2008, também concluiu que a relação dos institucionalizados com os seus familiares é, na sua globalidade, satisfatória ou muito satisfatória. Bendreuve (1999), citado por Bernardino (2005), refere que os laços entre a pessoa institucionalizada e os seus familiares podem fortalecer-se, uma vez que a carga que o parente institucionalizado representava anteriormente (quando em casa) já não é mais um problema.

4.6. DESEJO DE TER O FAMILIAR NO DOMICÍLIO: REQUISITOS NECESSÁRIOS

Um dos objetivos do nosso estudo passava por conhecer o desejo das famílias (respondentes) de, eventualmente poderem voltar a ter o parente institucionalizado em casa. Dos 111 casos que constituem a nossa amostra, 36 expressaram esse desejo (tabela 20).

Para a totalidade dos respondentes que afirmaram desejar poder voltar a ter o familiar institucionalizado em sua casa, o apoio das equipas de saúde constituiu o requisito fundamental para que o parente institucionalizado volte para o ambiente familiar. Este resultado acaba por enfatizar o papel decisivo que os cuidados de enfermagem podem jogar neste domínio.

Para além do apoio das equipas de saúde, as condições de habitação e o apoio dos serviços sociais merecem destaque. A flexibilidade laboral foi o requisito menos apontado. No entanto, importa recordar que uma parte significativa dos respondentes não tinha uma situação laboral ativa.

Os trabalhos de Paúl (1997) e Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), em termos de resultados, são concordantes com o nosso estudo ao concluírem que são inúmeras as necessidades das famílias para poderem cuidar dos seus parentes no domicílio. Estas necessidades vão desde as emocionais até ao material adequado para cuidar do dependente. Karsch, citado por Creutzberg e colaboradores (2007), enfatiza a importância da manutenção do idoso no domicílio mas, para isso, a família necessita de serviços de apoio que atendam às suas necessidades e de políticas de proteção.

Requisitos necessários		N	%
Família	Condições de Habitação	35	97,2
	Condições Financeiras	31	86,1
	Apoio familiar	31	86,1
Comunidade	Apoio das equipas de Saúde	36	100
	Apoio dos serviços sociais	35	97,2
	Flexibilidade laboral	23	63,9

Tabela 20: Requisitos necessários para voltar a ter o “parente institucionalizado” no seio familiar

Foi interessante verificar que, quando questionamos o respondente sobre a sua opção caso ficasse dependente (tabela 21), praticamente metade (48,6%) optou pela hipótese de ficar no seu domicílio, se tiver condições para tal. Note-se, ainda, que doze dos inquiridos manifestaram vontade de ficar em casa, em quaisquer condições. Apenas 35,2% referiu que quer ser institucionalizado.

Mc Garry e Arthur, em 2001, afirmam que os estudos acabam por evidenciar que a maior parte das pessoas deseja ficar em casa com as suas famílias.

	N	%
Ficar em casa, se tiver condições	51	48,6
Ser institucionalizado	37	35,2
Ficar em casa em quaisquer condições	12	11,4
Ficar com a família	5	4,8
Total	105	100

Tabela 21: Opção do respondente caso ficasse dependente

4.7. SATISFAÇÃO DO FAMILIAR RESPONDENTE (FAMÍLIA) COM A INSTITUIÇÃO

Interessou-nos, ainda, conhecer o nível (global) de satisfação das famílias (em função das respostas do “familiar respondente”) com a instituição que acolhe o seu familiar (tabela 22).

Em relação aos aspetos relativos à estrutura (Donabedian, 2003), os respondentes mostraram-se satisfeitos com as condições hoteleiras e com os recursos humanos da instituição onde o seu parente se encontra.

Qualidade dos serviços (Estrutura)		N	%
Condições hoteleiras	Muito satisfeito	68	66,7
	Medianamente satisfeito	29	28,4
	Pouco satisfeito	4	3,9
	Insatisfeito	1	1
Total		102	100
Recursos Humanos	Muito satisfeito	61	59,8
	Medianamente satisfeito	36	35,3
	Pouco satisfeito	2	2
	Insatisfeito	3	2,9
Total		102	100

Tabela 22: Satisfação do respondente com a instituição relativamente às condições hoteleiras e recursos humanos.

Os quatro indicadores, presentes na tabela 23, também evidenciam um alto nível de satisfação dos respondentes com os aspectos relativos ao funcionamento da instituição de acolhimento do seu familiar.

As famílias revelaram-se, ainda, satisfeitas com os cuidados prestados nas instituições e com a sua participação nos mesmos. Estes resultados estão alinhados com aquilo que está disponível na literatura (Ann Ryan e Hugh F., 2000).

Qualidade dos serviços (Processo)		N	%
Qualidade do serviço	Muito satisfeito	65	63,7
	Medianamente satisfeito	34	33,3
	Pouco satisfeito	2	2
	Insatisfeito	1	1
Total		102	100
Organização e funcionamento	Muito satisfeito	66	64,7
	Medianamente satisfeito	28	27,5
	Pouco satisfeito	7	6,9
	Insatisfeito	1	1
Total		102	100
Informação disponibilizada	Muito satisfeito	63	62,4
	Medianamente satisfeito	30	29,7
	Pouco satisfeito	7	6,9
	Insatisfeito	1	1
Total		101	100
Participação nas decisões	Muito satisfeito	57	58,8
	Medianamente satisfeito	30	30,9
	Pouco satisfeito	8	8,2
	Insatisfeito	2	2,1
Total		97	100

Tabela 23: Satisfação do respondente com a instituição relativamente à qualidade do serviço, organização e funcionamento, informação disponibilizada e participação nas decisões

No contexto deste nosso estudo, a opinião sobre a “condição de saúde” do parente institucionalizado, foi utilizada como “indicador de resultado”. Num universo de 102 respondentes, 89 assumiram que estão “muito satisfeitos” (61) ou “medianamente satisfeitos” (28) com a condição de saúde do seu parente (tabela 24).

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Qualidade dos serviços (Resultado)		N	%
Condição de saúde do PI	Muito satisfeito	61	59,8
	Medianamente satisfeito	28	27,5
	Pouco satisfeito	12	11,8
	Insatisfeito	1	1
Total		102	100

Tabela 24: Satisfação do respondente com a instituição relativamente à condição de saúde do PI

Apresentados e discutidos os resultados da investigação realizada, apresentamos de seguida as principais conclusões.

4.8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. P. S. – *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares- Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2008.

ANDERSEN, M. [et al.] – *Home care utilization by congestive heart failure patients: a pilot study*. *Public Health Nursing* 15, 1998, p. 146–162.

ANDERSON, M. [et al.] – *Population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors*. *Stroke*, 26, 1998, p. 843-849.

BERNARDINO, M. P. A. – *As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2005.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. – *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado* . In Freitas, E.V. [et al]. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 768-777.

BULL, M. – *Use of formal community services by elders and their family caregivers weeks following hospital discharge*. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1994, p. 503-508.

CARON, C. [et al.] – *Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decisions for caregivers*. *Canadian journal on aging*, 2006, p. 193-205.

COWARD, R.T.; NETZER, J.K.; MULLENS, R.A. – *Residential differences in the incidence of nursing home admissions across a six-year period*. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, 1996, p. 258-267.

CREUTZBERG, M. [et al.] – *A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, vol. 10, n. 2, 2007.

DONABEDIAN, A. – *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press, 2003.

DUBOIS, M. F. [et al.] – *Is there agreement between Canadian older adults and their primary informal caregivers on behavior towards institutionalization?* Health and Social care in the Community, 2009, p. 610-618.

DWYER, J.; MILLER, M. – *Differences in characteristics of the caregiving network by caregiver stress and burden*. Family Relation 39, 1990, p. 27–37.

FINLAYSON, M – *Helping older Patients with multiple Sclerosis*; Geriatric, July /August 2002.

FURINI, C. [et al.] – *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Revista da escola de Enfermagem USP, 2007, p. 229-236.

HERLITZ, C. – *Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden*. Gerontologist 37, 1997, p. 117-124.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classification for Nursing Practice* – version 2.0,2011 Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-browsers/>.

KEMPER, P. – *The use of formal and informal home care by the disable elderly*. Health Services Research 27, 1992, p. 421–451.

KODAMA, H. [et al.] – *Family relationships of self-care- dependent older people and institutionalized rate to nursing homes*. Geriatrics gerontology International, 2009, p. 320-325.

KOSASIH, J.B., [et al.] – *Nursing home rehabilitation after acute rehabilitation predictors and outcomes*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 79, 1998, p. 670–673.

KUO, T.; TORRES, G. – *Fators affecting utilization of health services and home- and community-based care programs by older Taiwanese in the United States*. Research on Aging 23, 2001, p. 14 – 36.

LEVENSON, S. A. – *A assistência institucional de longo prazo*. In J. J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. V. Rabins, R. A. Silliman, & J. B. Murphy (Eds.), *Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5ª ed., 2001, p. 527-538.

MCGARRY, J., ARTHUR, A. – *Informal caring in late life: A qualitative study of the experiences of older carers*. Journal of Advanced Nursing, 33, 2001, p. 182-189.

MORROW-HOWELL, N.; PROCTOR, E. – *Discharge destinations of Medicare patients receiving discharge planning: who goes where*. Medical Care 32, 1994, p. 486-497.

NETTO, P. – *A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

PAÚL, M. – *Lá para o fim da vida. Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

PRADO, P.; PETRILLI F. – *Causas da inserção de idosos em instituição asilar*. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem, 2002, vol. 6, nº1, p. 135-143.

RIBEIRO, A. P. [et al-] – *A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos*. Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

RYAN, A.A. [et al.] – *Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes*. Journal of advanced nursing, 32, 2000, p. 626-634.

RYAN, A.A.; [et al.] – *Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers*. *Journal of advanced nursing*, 32, 2000, p. 1187-1195.

SCHOENMAKERS, B. [et al.] – *The process of definitive institutionalization of community dwelling demented vs non demented elderly data obtained from a network of sentinel general practitioners*. *International Journal of geriatric psychiatry*: Wiley InterScience, 2008.

SCOTT, W.K., [et al.] – *Risk of institutionalization among community long-term care clients with dementia*. *Gerontologist* 37, 1997, p. 46-51.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO D.; CERQUEIRA, M. – *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª Edição. Lisboa: Âmbar, 2006.

SOYEON, CHO [et al.] – *Wives and daughters: the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members*. *The Gerontologist*, 2009. vol.49, nº 1, p. 57-67.

ZUREIK, M. [et al.] – *Returning home after acute hospitalization in two French teaching hospitals: predictive value of patients' and relatives' wishes*. *Age and Ageing* 24, 1995, p. 227–234.

5. CONCLUSÕES

A temática centrada no “Familiar idoso: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio” assume especial relevância para um conhecimento mais rigoroso das determinantes de um fenómeno que marca e marcará a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das famílias. De facto, as projeções do INE (2003) para a população residente em Portugal em 2000-2050 revelam um envelhecimento continuado da população que decorre de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações e do previsível aumento da esperança média de vida.

Por outro lado, com o aumento da esperança média de vida há uma maior probabilidade de um indivíduo desenvolver doenças crónicas, incapacitando-o, quer por razões funcionais, quer por fundamentos cognitivos, para o desempenho das suas atividades de autocuidado. Neste contexto, a família dificilmente conseguirá cuidar destes indivíduos e dar resposta às suas respetivas necessidades. A institucionalização surgirá, portanto, como uma solução.

O estudo realizado permite-nos afirmar que cerca de 6,4% das famílias clássicas do concelho do Porto tem um parente institucionalizado. Em termos de perfil, concluímos que, na sua maioria, as pessoas institucionalizadas são idosas, viúvas ou solteiras.

A dependência nos vários domínios do autocuidado representa a principal razão para a decisão de institucionalizar um idoso. Entre as causas da dependência do parente institucionalizado, o envelhecimento e as doenças crónicas surgem como as principais, o que contribui para que a dependência tenha geralmente uma instalação gradual. Os aspectos do autocuidado em que é mais notória a dependência dizem respeito ao “tomar banho” e ao “cuidar da higiene pessoal”, à “auto-administração da medicação”, ao “arranjar-se”, ao “vestir-se”, ao “andar” e ao “usar o sanitário”. Em média, os parentes institucionalizados são dependentes no autocuidado há cerca de 6,3anos.

Aliados à dependência no autocuidado, os défices de apoio formal e informal e a falta de tempo da família, foram também identificadas como razões essenciais e contributivas para a institucionalização.

No que concerne à tomada de decisão para a passagem do domicílio familiar para uma instituição, note-se que esta partiu essencialmente, da família no seu conjunto ou de um dos seus membros. É muito pequena a percentagem de casos em que foi o indivíduo (agora) institucionalizado a tomar essa opção. Constatámos, ainda, que cerca de um terço das pessoas institucionalizadas foi contrariado para a instituição. O tempo que medeia entre a decisão de institucionalizar o parente e a concretização desta é, relativamente, curto. Em termos médios obtivemos um valor de cerca de dois meses. Já o período respeitante ao tempo de institucionalização, em média, é de cerca de quatro anos.

Ao estudarmos as estratégias utilizadas para facilitar a integração do parente na instituição, as visitas frequentes da família constituíram a opção com maior percentagem, seguida das visitas prévias à instituição, bem como, o recurso a períodos curtos no domicílio.

Globalmente, e no conjunto dos indicadores examinados (de estrutura, de processo e de resultado), os respondentes estão satisfeitos com as instituições de acolhimento dos seus familiares.

As razões que levaram à institucionalização e os requisitos enunciados para, no limite, voltar a poder ter o familiar em casa, colocam em destaque o potencial e a utilidade social dos cuidados de enfermagem. Ajudar as famílias a integrar e tomar conta de dependentes, em casa, é sem qualquer dúvida, um desafio que se coloca às sociedades actuais; desafio que, em grande medida, exige, ou exigiria, a existência de serviços de enfermagem mais efetivos no acompanhamento das famílias. É todo um campo de necessidades que se vislumbra, na resposta ao qual os cuidados de enfermagem podem ser decisivos.

Futuramente, parece-nos ser de grande relevância a divulgação destes resultados, no sentido de encaminhar os enfermeiros a uma atuação atempada, e de qualidade em torno desta transição. É fundamental atender às necessidades, não só do parente que vai ser institucionalizado mas, também, da respetiva família, envolvendo ambos em todo este processo. Eventualmente, ao divulgarmos estes resultados, fornecemos pistas no sentido de serem criadas condições e políticas, que apoiem as famílias que têm a seu cargo um familiar dependente, invertendo o fenómeno da institucionalização, actualmente em crescimento. Será que proporcionando às famílias as condições (apoio das equipas de saúde e serviços sociais, apoio familiar, apoio financeiro, auxiliando-as por exemplo nas alterações estruturais das suas habitações, para desta forma integrarem um idoso dependente no domicílio), o número de parentes institucionalizados, ou em “risco de”, continuaria a aumentar?

Era importante que existissem condições que possibilitassem a realização de futuras pesquisas neste âmbito, de forma a conseguirmos reforçar a validade dos resultados alcançados.

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

ANEXOS

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

ANEXO 1 – Operacionalização das variáveis

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Variáveis atributo, relativas ao parente institucionalizado

Variável	Valor da Variável	Tipo de variável
Idade	Anos (entre o nascimento e o dia da entrevista). Expressa em anos completos. ____Anos	Quantitativa
Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa nominal, dicotómica
Estado civil	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado	Qualitativa nominal
Nacionalidade	Portuguesa Não Portuguesa	Qualitativa nominal, dicotómica
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino Básico -1ºciclo (4anos) Ensino Básico -2ºciclo (6anos) Ensino Básico -3ºciclo (9anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior	Qualitativa ordinal
Profissão	De acordo definição do INE	Qualitativa nominal
Concelho do familiar institucionalizado	Porto Outro concelho	Qualitativa nominal
Coabitação com respondente	Sim Não	Qualitativa dicotómica
Mudança de concelho com institucionalização	Sim Não	Qualitativa dicotómica
Tempo de institucionalização	____Anos ou ____Meses (Expresso em anos ou meses completos).	Quantitativa contínua, numérica

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Variáveis de atributo relativas ao Familiar Respondente

Variável	Valor da variável	Tipo de variável
Idade	Anos (entre o nascimento e o dia da entrevista). Expressa em anos completos. ___ Anos	Quantitativa
Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa, dicotómica, nominal
Estado civil	Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado	Qualitativa nominal
Nacionalidade	Portuguesa Não Portuguesa	Qualitativa nominal
Nível de escolaridade	Nenhum Ensino Básico -1ºciclo (4anos) Ensino Básico -2ºciclo (6anos) Ensino Básico -3ºciclo (9anos) Ensino secundário (11 ou 12 anos) Ensino superior	Qualitativa ordinal
Profissão	De acordo com definição do INE	Qualitativa nominal
Tipo de família	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos	Qualitativa nominal
Rendimento do agregado familiar	Até 250 € De 251€ a 500€ De 501€ a 1000€ 1001€ a 2000€ De 2001€ a 5000€ Mais de 5000€	Quantitativa Ordinal
Parentesco	Marido/esposa Pai/Mãe Filho/filha Irmão/irmã Afinidade (genro/nora; cunhado/cunhada) Outro	Qualitativa nominal

Variáveis de atributo relativas ao Alojamento do Familiar Respondente

Variável	Valor da variável	Tipo de variável
Nº de ocupantes do Alojamento	Nº de ocupantes__	Quantitativa
Tipo de edifício do alojamento	Clássico: apartamento Clássico: moradia Clássico: outro tipo Não clássico	Qualitativa nominal
<u>Características do Alojamento:</u> Com água canalizada Com aquecimento Com retrete Com instalação de banho ou duche Com acessibilidade para PMC	Sim Não	Qualitativa, nominal, dicotómica
Necessidade de reparações do Alojamento	Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas	Qualitativa ordinal
Número de divisões	Nº divisões__	Quantitativa
Área útil do alojamento	Área útil__m2	Quantitativa

Variáveis de atributo relativas à caracterização da Instituição

Variável	Valor da variável	Tipo de variável	
Tipo de instituição	Lar UCC Família de acolhimento Outra	Qualitativa nominal	
Localização da instituição	Porto Outro concelho	Qualitativa nominal, dicotómica	
<u>Motivos da escolha da instituição:</u> Económicos Proximidade do domicílio Qualidade dos serviços Outros	Sim Não	Qualitativa nominal, Dicotómica	
Responsável pelos custos	Comparticipado Estado Privado Outro	Qualitativa nominal	
Satisfação do respondente com a instituição – qualidade dos serviços			
<u>Dimensão</u>	<u>Componentes</u>	<u>Valor da variável</u>	<u>Tipo de variável</u>
Estrutura	Condições hoteleiras Recursos humanos	Insatisfeito Pouco satisfeito Medianamente satisfeito Muito satisfeito	Qualitativa, Ordinal
Processo	Qualidade do serviço Organização e funcionamento Informação disponibilizada Participação nas decisões	Insatisfeito Pouco satisfeito Medianamente satisfeito Muito satisfeito	Qualitativa, Ordinal
Resultado	Condição de saúde do PI	Insatisfeito Pouco satisfeito Medianamente satisfeito Muito satisfeito	Qualitativa, Ordinal

Variáveis de atributo relativas à caracterização da dependência do PI

Variável	Valor da variável	Tipo de variável
<u>Motivo da dependência:</u> Envelhecimento Acidente Doença aguda Doença crónica Outra	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
Modo da instalação da dependência	Súbita Gradual	Qualitativa nominal
<u>Act. em que era mais notória a dependência:</u> Alimentar-se Transferir-se Usar a cadeira de rodas Auto-adm de medicação Vestir-se Arranjar-se Cuidar da higiene pessoal Tomar banho Virar-se Usar o sanitário Auto-elevar-se Andar	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
Tempo de dependência	___Anos ou ___Meses (Expressa em anos ou meses completos).	Quantitativa

Variáveis em estudo: Decisão de Institucionalizar; Motivos da institucionalização; Estratégias utilizadas no processo de Institucionalização; Requisitos necessários para

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

manter o parente em contexto familiar; O inverso do fenómeno – Vontade do Familiar Respondente.

Variável	Valor da variável	Tipo de variável
Quem participou na decisão	Família (conjunto) Um membro da família Familiar institucionalizado Serviços sociais/saúde	Qualitativa nominal
PI foi contrariado	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
Motivos da institucionalização: Dependência Défice de apoio formal Défice de apoio informal Condições económicas Condições de habitação Alt. da vida social do FR Falta de tempo do FR Outro	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
Estratégias utilizadas no processo de institucionalização: Visitas frequentes Visitas prévias à instituição Personalização do espaço do PI Períodos no domicílio Integração faseada	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
Vontade/requisitos necessários para manter o parente em contexto familiar: <u>Família:</u> Apoio familiar Condições de habitação Condições financeiras <u>Comunidade:</u> Apoio das equipas de saúde Apoio dos serviços sociais Flexibilidade laboral	Sim Não	Qualitativa nominal, dicotómica
O inverso do fenómeno – vontade do respondente	Ficar em casa, com condições Ficar em casa em quaisquer condições Ficar com a família Ser institucionalizado	Qualitativa nominal

ANEXO 2 – Inquérito Preliminar

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

23967 1 / 2

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar? Sim Não Se não, porque:

Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

Sim Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

Sim Não

Aceita responder ao inquérito? Sim Não Se não, porque:

Não quer Não reside Não pode Não tem tempo Outro

ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

Clássico: moradia
 Clássico: apartamento
 Clássico: outro tipo
 Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

Muito grandes Grandes Médias Pequenas Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? Sim Não Área útil m² N.º divisões N.º ocupantes

Alojamento com:

<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Retrete	<input type="radio"/> Instalação de banho ou duche		
<input type="radio"/> Água canalizada	<input type="radio"/> Aquecimento		

FAMÍLIA

Tipo de família

Clássica sem núcleos
 Clássica com um núcleo
 Clássica com dois núcleos
 Clássica com três núcleos

Rendimentos do agregado / mês


Até 250 euros
 De 251 a 500 euros
 De 501 a 1000 euros
 De 1000 a 2000 euros
 De 2001 a 5000 euros
 Mais de 5000 euros

Número de membros da família

CITQ0009PV2

ANEXO 3 – Parente Institucionalizado

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio



29522

1 / 2

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE III - FORMULÁRIO PPD

PARENTE INSTITUCIONALIZADO

<p>Sexo</p> <p><input type="radio"/> M</p> <p><input type="radio"/> F</p>	<p>Idade</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 5px;"></div>
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Estado civil Casado/ União de facto Solteiro Viúvo Divorciado | **Profissão** Membros das forças armadas Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa Especialistas das profissões intelectuais e científicas Técnicos e profissionais de nível intermédio Pessoal administrativo e similares Pessoal dos serviços e vendedores Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas Operários, artífices e trabalhadores similares Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem Trabalhadores não qualificados Doméstico Desempregado Pensionista / Reformado Estudante Outra |

<p>Nacionalidade</p> <p><input type="radio"/> Portuguesa</p> <p><input type="radio"/> Não portuguesa (especificar)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<p>Nível de escolaridade</p> <p><input type="radio"/> Nenhum</p> <p><input type="radio"/> Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)</p> <p><input type="radio"/> Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)</p> <p><input type="radio"/> Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)</p> <p><input type="radio"/> Ensino secundário (11 ou 12 anos)</p> <p><input type="radio"/> Ensino superior</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Há quanto tempo está institucionalizado?</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> Anos <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> Meses </div>	<p>Concelho em que está localizada a instituição</p> <p><input type="radio"/> Lx / P <input type="radio"/> Outro (especificar)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Em que tipo de instituição</p> <p><input type="radio"/> Lar <input type="radio"/> Unidade de Cuidados Continuados <input type="radio"/> Família de acolhimento <input type="radio"/> Outro</p>	<p>Quem suporta as despesas da institucionalização?</p> <p><input type="radio"/> Estado <input type="radio"/> Comparticipado (Estado privado) <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Outro</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Antes de ser institucionalizado, o seu familiar coabitava consigo Sim Não

Se não, com quem morava

Sozinho Com familiares Outra

Em que concelho morava

Lx / P Outro (especificar)

Actualmente, o seu familiar institucionalizado encontra-se dependente S N

Considera que a institucionalização do seu familiar esteve relacionada com alguma situação de dependência? S N

Se sim, concretizou-se quando a dependência... Surgiu Aumentou

<p>Motivos que determinaram a institucionalização</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições económicas limitadas (não suporta os custos)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Situação que originou a dependência</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Envelhecimento</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acidente</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Doença aguda</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Doença crónica</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Outra</p>	<p>Instalação da dependência</p> <p><input type="radio"/> Súbita</p> <p><input type="radio"/> Gradual</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Actividades em que era mais notória a dependência</p> <p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alimentar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Vestir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Arranjar-se</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cuidar da higiene pessoal</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Tomar banho</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Virar-se</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar o sanitário</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto-elevar-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Andar</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Tempo de dependência</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> Anos <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> Meses </div>	<p>Sim Não</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Transferir-se</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Usar a cadeira de rodas</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Auto administração da medicação</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CITQ0008PV2

FAMÍLIAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

2 / 2

29522

Depois da decisão de institucionalizar o seu familiar, quanto tempo decorreu até à sua concretização?

Anos Meses

Quem teve mais influência na decisão de institucionalizar o seu familiar?

Família (no conjunto)
 Um membro da família
 O familiar institucionalizado
 Indicação de serviços de saúde/sociais
 Outra (especificar)

Razões da escolha da instituição

Sim Não
 Económicas
 Proximidade do domicílio
 Qualidade dos serviços prestados
 Outra

O dependente foi contrariado S N

A que estratégias recorreu para facilitar a integração do seu familiar na instituição em que ele se encontra?

Sim	Não	Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Medianamente satisfeito	Muito satisfeito
A qualidade do serviço da instituição onde o seu familiar se encontra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A condição de saúde e bem-estar do familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As condições hoteleiras da instituição (instalações, equipamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualificação dos recursos humanos da instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A organização e funcionamento da instituição (atendimento, acessibilidade, visitas, informações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu nível de participação nas decisões relativas aos cuidados prestados ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação que lhe vai sendo disponibilizada pela instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência vai à instituição onde se encontra o seu familiar?

Pelo menos uma vez por semana Pelo menos uma vez por mês Pelo menos uma vez por ano Nunca

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo S N

Que tipos de apoio ou alterações considera fundamentais para que tal possa ser possível?

Sim	Não	Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se ficasse dependente, e tivesse possibilidade de escolher, optaria por:

Ser institucionalizado
 Ficar com a minha família, mesmo que tenha de mudar de residência
 Ficar na minha casa, desde que tenha condições
 Ficar em minha casa em quaisquer condições

Globalmente, qualifique a relação que tem com o seu familiar institucionalizado em termos de proximidade e intensidade:

Má Fraca Razoável Boa Muito boa

CITQ0008Pv2

ANEXO 4 – Nº de famílias a inquirir por freguesia

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio

Número de famílias a inquirir por freguesia

Freguesia	Nº de famílias total	Nº de famílias para amostra
Porto	100696	2401
Aldoar	4770	114
Bonfim	11925	284
Campanhã	13786	329
Cedofeita	10269	245
Foz do Douro	4388	105
Lordelo do Ouro	7840	187
Massarelos	3089	74
Miragaia	1111	26
Nevogilde	1892	45
Paranhos	19294	460
Ramalde	13735	327
Santo Ildefonso	4512	108
São Nicolau	1075	26
Sé	1880	45
Vitória	1130	27

FAMÍLAS CLÁSSICAS DO CONCELHO DO PORTO COM PARENTES INSTITUCIONALIZADOS: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio
