

## **Estudo da Avaliação da Perceção da Funcionalidade, Coesão e Adaptabilidade Familiar de Familiares de Idosos Institucionalizados**

Jessica Caseiro Santos

Bragança 2024

## **Estudo da Avaliação da Perceção da Funcionalidade, Coesão e Adaptabilidade Familiar de Familiares de Idosos Institucionalizados**

Jessica Caseiro Santos

Relatório de Estágio de natureza profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio com a Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e a Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Brás e Professora Doutora Eugénia Anes.

Bragança, 2024

“Faz por ti. Continua a sonhar. Procura coisas boas. Elogia. Sorri. Agradece. Deixa o resto fluir, não te preocupes antes do tempo. O que é certo e bom para ti vai acontecer.”

Sofia Castro Fernandes

## **Agradecimentos**

Aos meus pilares Tiago, Bernardo e Mãe que me permitiram sonhar e concretizar. Obrigado pelo amor incondicional e apoio.

A ti Pai que me muniste das melhores ferramentas para a vida: amor, dedicação, disciplina, honestidade e seriedade. Cada vitória minha sei que é celebrada por ti aí em cima.

À Maria José, Angelino, Guida e André que vieram acrescentar mais valor e sentimento à minha definição de família.

Às famílias que aceitaram participar neste estudo.

Aos colegas de trabalho, Inês, João e Maria pela paciência e compreensão.

Ao Orientador Professor Doutor Manuel Brás e à Orientadora Professora Doutora Eugénia Anes pela colaboração, pela exigência e paciência.

Aos que me são luz, Ana, Marta, Rossana e Xana.

Um sincero Obrigado.

## **Resumo**

A institucionalização do idoso é um tema complexo e delicado, que pode ter impactos significativos na vida dos idosos e das suas famílias.

Várias são as razões que podem levar à institucionalização, como estados de dependência, solidão, falta de suporte familiar e necessidade de vigilância e acompanhamento no dia a dia.

A institucionalização em Estruturas Residenciais para Idosos, como o próprio nome indica, admite idosos em regime de internamento. Nas mesmas são providenciados alojamento, alimentação e assistência de saúde, assegurando a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades do utente, com vista à manutenção da sua autonomia e independência e promoção da sua qualidade de vida, potenciando a integração social e fomentando o processo de envelhecimento ativo. Este tipo de respostas sociais são muitas vezes a solução encontrada pelas famílias para cuidar do seu idoso. Não obstante, a participação da família na vida do seu familiar institucionalizado é de extrema importância e necessária, na medida em que o idoso deve nutrir um sentimento de pertença no seu seio familiar, e assentir que a família está presente e colaborante no seu dia a dia. Face ao exposto, surgiu a questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção da funcionalidade familiar, coesão e adaptabilidade familiar de familiares do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros?

**Objetivos:** Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção da funcionalidade, coesão e a adaptabilidade familiar do familiar do idoso institucionalizado. Várias hipóteses de investigação foram elaboradas relacionando a funcionalidade familiar, a coesão e a adaptabilidade familiar com variáveis de caracterização do familiar, o número de visitas, o grau de parentesco com o idoso e as idas a casa, com o intuito de estabelecer uma relação estatística entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, a coesão, a adaptabilidade e a funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado. **Metodologia:** Tratou-se de uma metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal. O instrumento de colheita de dados foi o formulário aplicado aos familiares dos utentes residente em duas ERPI no concelho de Macedo de Cavaleiros em contexto de visita. **Resultados:** Antes da institucionalização 55,7% dos idosos viviam com os filhos e/ou cônjuge seguido

de 40,6% dos idosos que viviam sozinhos. A ideia da institucionalização recaiu na sua maioria (74,5 %) sobre os filhos e ou cônjuge. A vigilância e acompanhamento (83%), bem como a dependência física (40,6%) foram os principais motivos apontados para a institucionalização. Na sua maioria (90,6%) a família considerou que a institucionalização foi a melhor opção para o idoso e considerou também que foi a melhor opção para a família (87,7%). Relativamente às idas a casa a maioria (50,9%) dos familiares da amostra optavam por dias não festivos do que por dias festivos (28,3%). Com a aplicação do APGAR familiar foi possível perceber que a maioria das famílias inquiridas (47,6%) eram altamente funcionais. A aplicação da Escala de FACES II, revelou que as famílias ao nível da coesão eram maioritariamente ligadas (53,8%) e ao nível da adaptabilidade flexíveis (47,2%), pelo que na sua maioria (48,1%) eram do tipo de família equilibrada. **Conclusão:** Foi possível caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os familiares dos idosos institucionalizados inquiridos e, através das escalas APGAR familiar e FACES II, a sua perceção de funcionalidade familiar, coesão, adaptabilidade e tipo de família. Relativamente à questão de investigação: Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção da funcionalidade familiar, coesão e adaptabilidade familiar do familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros, foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a coesão familiar ( $X^2$  49,042;  $p < 0,001$ ), a adaptabilidade familiar ( $X^2$  41,400;  $p < 0,001$ ) e o tipo de família ( $X^2$  52,456;  $p < 0,001$ ). Foi também possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o desempenho de um papel ativo por parte da família na vida do idoso, ( $X^2$  6,425;  $p < 0,05$ ), o número de visitas ( $X^2$  20,498;  $p < 0,001$ ), a união familiar, ( $X^2$  35,593;  $p < 0,001$ ) e as idas a casa ( $X^2$  15,178;  $p < 0,001$ ). Relativamente à coesão, foi possível comprovar relação estatística entre o número de visitas ( $X^2$  17,737;  $p < 0,001$ ), o desempenho de um papel ativo ( $X^2$  11,191;  $p < 0,01$ ), e as idas a casa ( $X^2$  9,786;  $p < 0,01$ ). Assim na adaptabilidade familiar foi possível determinar um relação estatística entre o número de visitas ( $X^2$  18,234;  $p < 0,001$ ), o desempenho de um papel ativo ( $X^2$  7,760;  $p < 0,01$ ) o hábito de levar a casa ( $X^2$  18,234;  $p < 0,001$ ), a união familiar ( $X^2$  53,078;  $p < 0,001$ ) e por fim a ideia da institucionalização partiu de quem ( $X^2$  6,880;  $p < 0,05$ ). No que diz respeito ao tipo de família concluímos relação estatística entre a ideia da institucionalização ( $X^2$  6,419;  $P < 0,05$ ), o número de visitas ( $X^2$  11,910;  $p < 0,001$ ), o desempenho de um papel ativo ( $X^2$  8,511;  $p < 0,01$ ), o hábito de levar a casa ( $X^2$  15,072;

$p < 0,001$ ) e por último a união familiar ( $X^2 42,143$ ;  $p < 0,001$ ). No decorrer deste trabalho de investigação, foi também possível determinar qual a funcionalidade familiar, o grau de coesão e adaptabilidade familiar e conseqüentemente o tipo de família do idoso institucionalizado. Assim, face aos resultados obtidos, concluímos que os familiares de idosos com famílias percecionadas como funcionais mostram uma tendência clara de melhores índices de coesão, adaptabilidade, e classificação de família equilibrada apresentando união familiar, quando comparados com familiares de idosos de famílias percecionadas como disfuncionais demonstram menor tendência para visitar o idoso, para o levar para casa e para ter um papel ativo na vida do mesmo. Famílias extremadas ou de meio termo tendem a ter estruturas familiares mais rígidas e com menor interesse pelo idoso.

**Palavras-Chave:** Instituição de Longa Permanência para Idosos; Idosos; Relações Familiares; Funcionalidade Familiar; Enfermeiros Especialistas em Saúde da Família

## **Abstract**

The institutionalization of the elderly is a complex and delicate issue that can have significant impacts on the lives of the elderly and their families.

There are several reasons that can lead to institutionalization, such as dependency, loneliness, lack of family support and the need for day-to-day supervision and monitoring.

Institutionalization in Residential Structures for the Elderly, as its name suggests, admits elderly people on an inpatient basis. They provide accommodation, food and health care, ensuring the provision of adequate care to meet the needs of the user, with a view to maintaining their autonomy and independence and promoting their quality of life, enhancing social integration and fostering the process of active ageing. This type of social response is often the solution found by families to care for their elderly. Nevertheless, the family's participation in the life of their institutionalized relative is extremely important and necessary, as the elderly person should feel a sense of belonging to their family and believe that the family is present and collaborative in their daily lives. In view of the above, the research question arose: What is the relationship between sociodemographic and professional variables and the perception of family functionality, cohesion and family adaptation of relatives of institutionalized elderly people in the municipality of Macedo de Cavaleiros?

**Objectives:** To analyze the relationship between sociodemographic and professional variables and the perception of functionality, cohesion and family adaptability of the family member of an institutionalized elderly person. Several research hypotheses were drawn up relating family functionality, cohesion and family adaptability to variables characterizing the family member, the number of visits, the degree of kinship with the elderly person and trips home, with the aim of establishing a statistical relationship between sociodemographic and professional variables, cohesion, adaptability and family functionality of the family member of the institutionalized elderly person. **Methodology:** This was a quantitative, observational, descriptive, correlational and cross-sectional study. The data collection instrument was a form applied to the relatives of users living in two ERPIs in the municipality of Macedo de Cavaleiros in the context of a visit. **Results:** Before institutionalization 55.7% of the elderly lived with their children and/or spouse followed by 40.6% of the elderly who lived alone. The idea of institutionalization fell mostly (74.5%) on the children and/or spouse. Supervision and monitoring (83%), as well

as physical dependence (40.6%) were the main reasons given for institutionalization. The majority (90.6%) of the family felt that institutionalization was the best option for the elderly person and also felt that it was the best option for the family (87.7%). With regard to going home, the majority (50.9%) of the family members in the sample chose non-festive days rather than festive days (28.3%). Using the Family APGAR, it was possible to see that most of the families surveyed (47.6%) were highly functional. The application of the FACES II Scale revealed that families were mostly connected in terms of cohesion (53.8%) and flexible in terms of adaptability (47.2%), meaning that the majority (48.1%) were balanced families. **Conclusion:** It was possible to socio-demographically and professionally characterize the family members of the institutionalized elderly people surveyed and, using the family APGAR and FACES II scales, their perception of family functionality, cohesion, adaptability and family type. With regard to the research question: What is the relationship between the sociodemographic and professional variables and the perception of family functionality, cohesion and family adaptation of the family member of the institutionalized elderly in the municipality of Macedo de Cavaleiros, it was possible to establish a statistically significant relationship between family functionality and family cohesion ( $X^2 49.042$ ;  $p < 0.001$ ), family adaptability ( $X^2 41.400$ ;  $p < 0.001$ ) and family type ( $X^2 52.456$ ;  $p < 0.001$ ). It was also possible to establish a statistically significant relationship between family functionality and the active role played by the family in the elderly person's life ( $X^2 6.425$ ;  $p < 0.05$ ), the number of visits ( $X^2 20.498$ ;  $p < 0.001$ ), family unity ( $X^2 35.593$ ;  $p < 0.001$ ) and trips home ( $X^2 15.178$ ;  $p < 0.001$ ). With regard to cohesion, a statistical relationship was found between the number of visits ( $X^2 17.737$ ;  $p < 0.001$ ), playing an active role ( $X^2 11.191$ ;  $p < 0.01$ ), and going home ( $X^2 9.786$ ;  $p < 0.01$ ). With regard to family adaptability, it was possible to determine a statistical relationship between the number of visits ( $X^2 18.234$ ;  $p < 0.001$ ), playing an active role ( $X^2 7.760$ ;  $p < 0.01$ ) the habit of taking them home ( $X^2 18.234$ ;  $p < 0.001$ ), family unity ( $X^2 53.078$ ;  $p < 0.001$ ) and finally the idea of institutionalization came from whom ( $X^2 6.880$ ;  $p < 0.05$ ). With regard to the type of family, we found a statistical relationship between the idea of institutionalization ( $X^2 6.419$ ;  $P < 0.05$ ), the number of visits ( $X^2 11.910$ ;  $p < 0.001$ ), playing an active role ( $X^2 8.511$ ;  $p < 0.01$ ), the habit of taking people home ( $X^2 15.072$ ;  $p < 0.001$ ) and finally family unity ( $X^2 42.143$ ;  $p < 0.001$ ). In the course of this research, it was also possible to determine family functionality, the degree of family cohesion and adaptability and, consequently, the type of family of the institutionalized elderly. Thus, in view of the results obtained, we

conclude that the relatives of elderly people with families perceived as functional show a clear tendency towards better levels of cohesion, adaptability, and classification as a balanced family with family unity, when compared to the relatives of elderly people with families perceived as dysfunctional, they show a lower tendency to visit the elderly person, to take them home and to play an active role in their lives. Extreme or middle-of-the-road families tend to have more rigid family structures and less interest in the elderly.

**Keywords:** Long Stay Institution for the Elderly; Elderly; Family Relationships; Family Functionality; Family Health Specialist Nurses

## **Abreviaturas e Siglas**

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

EEECESF- Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar

ERPI- Estrutura Residencial Para Idosos

USF- Unidade de Saúde Familiar

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP- Unidade de Saúde Pública

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

AVDs- Atividades de Vida Diária

APGAR- Adaptability, Partnership, Growth, affection, resolve

FACES- Family Adaptability and cohesion evaluation scale

SCMMC- Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1.CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS. ....	16
1.1 Contextualização do Estágio.....	16
1.2 Caracterização sociodemográfica da região de Bragança.....	17
1.3 Caracterização do centro de saúde.....	19
1.4 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados I.....	20
1.5 Reflexão sobre o desenvolvimento de atividades e competências.....	20
2.CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÒRICO .....	24
2.1 Ciclo vital da família.....	24
2.2 A Famílias e o Envelhecimento .....	26
2.3 Cuidados à pessoa idosa .....	26
2.4 Estruturas residenciais para idosos (ERPI).....	27
2.5 A importância da família na vida do idoso institucionalizado .....	28
2.6 Instrumentos de Avaliação familiar .....	29
3.CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	32
3.1 Questão de Investigação e Objetivos .....	32
3.2 Hipóteses e variáveis .....	32
3.3 Tipo de Estudo .....	35
3.4 População e Amostra .....	36
3.5 Instrumentos de medida e de recolha de Dados.....	37
3.6 Considerações Éticas .....	38
3.7 Tratamento e Análise de Dados .....	39
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1 Caracterização sociodemográfica dos familiares.....	40
4.2 Caracterização da Avaliação Familiar.....	43
4.3 Teste de Hipóteses.....	45
4.3.1 Funcionamento familiar .....	46
4.3.2 Coesão Familiar .....	51
4.3.3 Adaptabilidade familiar.....	55
4.3.4- Tipo de Família.....	59
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
6. CONCLUSÃO.....	68

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
ANEXOS .....	79
Anexo I- Pedido de autorização Provedor SCMMC .....	80
Anexo II- Autorização SCMMC .....	81
Anexo III- Pedido de Autorização de utilização de Escalas .....	82
Anexo IV- Parecer da Comissão de Ética IPB .....	83
Anexo V- Formulário .....	84

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Freguesias do Município de Bragança.....	18
--	----

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Caraterização da amostra segundo a principal razão da institucionalização.....	42
--	----

Gráfico 2 – Caraterização da amostra segundo a opinião sobre a institucionalização como a melhor opção.....	43
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da amostra .....	41
Tabela 2 – Caraterização da amostra segundo a avaliação familiar.....	44
Tabela 3- Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e a coesão familiar, adaptabilidade familiar, tipo de família, habilitações literárias, grau de parentesco, a institucionalização é a melhor opção para idoso, a institucionalização é a melhor opção para família, Ideia da institucionalização, número de visitas, papel ativo na vida do idoso, hábito de levar o familiar para casa e perceção de família unida.....	47
Tabela 4 – Relação entre a Coesão Familiar e adaptabilidade familiar, o tipo de família, as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para a família e para o idoso, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo, o hábito de levar a casa e a perceção de família unida.....	52
Tabela 5 – Relação entre a Adaptabilidade Familiar e o tipo de família, as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para a família e para o idoso, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo na vida do idoso, o hábito de levar a casa e a perceção de família unida.....	56
Tabela 6 – Relação entre o tipo de família e as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para o idoso e para a família, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo, o hábito de levar a casa, e a perceção de família unida.....	60

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio de natureza profissional decorrido como requisito da unidade curricular Estágio Profissional com Relatório Final, inserida no segundo ano, primeiro semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), em consórcio com a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e com a Escola Superior de Enfermagem, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O estágio desenvolveu-se numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP) na cidade de Bragança no período de 02 de outubro de 2023 a 29 de março de 2024, num total de 810 horas (incluindo trabalho autónomo), sendo 600 horas de contacto (390 horas de estágio e 210 horas para elaboração do relatório final). Este estágio decorreu sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária, e supervisão de uma docente na Escola Superior de Saúde do IPB.

O objetivo do estágio foi colocar em prática as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar (EEECESF) aliadas às competências já inerentes da profissão de enfermagem e absorver todo o conhecimento prático possível aliado às sugestões e orientações para aperfeiçoar o desempenho ao longo das consultas de enfermagem.

Ao longo do estágio as consultas de saúde do adulto e do idoso foram as que mais se destacaram, associadas também às consultas das pessoas portadoras de diabetes e hipertensão. Alguns dos idosos que recorriam à consulta já se encontravam institucionalizados, a maioria orientado e com algumas limitações na mobilidade. Eram acompanhados pelas colaboradoras das instituições, mas nunca por nenhum familiar. Referiam em grande parte que gostavam de estar no lar, mas que, possibilitando a escolha, preferiam estar em casa com a família. Esta situação desencadeou o interesse em saber se a família desses idosos mantinha um papel ativo na vida dos mesmos, após a institucionalização. Entender se eram famílias funcionais, interessadas, coesas, que tipo de família eram e qual o papel que desempenhavam na vida do idoso.

Posto isto foi elaborado a seguinte questão de investigação, **“Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a percepção da funcionalidade familiar, coesão e adaptabilidade familiar do familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros?”**

À questão de investigação foi elencado o objetivo geral, que norteia o estudo: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a percepção de coesão, adaptabilidade e funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros e os objetivos específicos: caracterizar sociodemográfica e profissionalmente o familiar do idoso institucionalizado (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, habitação); avaliar a percepção de funcionalidade familiar, coesão, adaptabilidade familiar e tipo de família do familiar do idoso institucionalizado.

O envelhecimento é um processo biológico normal, contínuo e gradual nos seres vivos que acarreta, além de outras, alterações físicas e cognitivas. A deterioração da capacidade física e mental leva muitas vezes a estados de dependência, que requerem para o idoso apoio nas atividades de vida diária. Normalmente é na família que encontramos a primeira linha de auxílio, contudo, ocupa tempo, muitas vezes em famílias que devido ao seu ciclo vital se encontram em etapas de vida que não lhes permite dar resposta às necessidades dos mais velhos, proporcionando alterações na dinâmica familiar e nos papéis familiares. Quando a família não consegue dar resposta às necessidades e exigências do seu familiar idoso, ou quando se verifica falta de retaguarda familiar, existe a possibilidade de recorrer a instituições, tais como estruturas residenciais para idosos, para prestação dos cuidados de que necessitam.

No desempenho da função profissional da investigadora, é possível perceber que a institucionalização dos idosos em estruturas residenciais está em evolução crescente, existindo listas de espera extensas para admissão dos utentes.

As Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) têm como principais objetivos acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitacional, proporcionando alojamento, alimentação, assistência de saúde e assegurando a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência e a promoção da sua qualidade de vida, potenciando a integração social e fomentando o processo de

envelhecimento ativo. É de extrema importância criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar o convívio social entre os utentes e os seus familiares (Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21)

Após a institucionalização é importante que a família tenha um papel presente e ativo na vida do idoso. Conhecer a funcionalidade, coesão e adaptabilidade familiar após a institucionalização é importante para o desenvolvimento de estratégias de assistência ao idoso, visto que o suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo.

Face ao exposto, a investigação foi conduzida em duas Estruturas Residenciais para Idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros.

A colheita de dados foi efetuada através da aplicação do instrumento de recolha de dados a um familiar de cada idoso em contexto de visita. O formulário foi aplicado pela investigadora principal sendo composto por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e de perceção da coesão, adaptabilidade e funcionamento familiar, recorrendo às escalas de APGAR Familiar e de FACES II, do familiar inquirido

Foi solicitado consentimento livre e esclarecido, mediante apresentação a cada participante do objetivo do estudo, da importância da sua participação, da manutenção de anonimato e confidencialidade de todos os dados. Foram esclarecidos da não existência de qualquer benefício ou prejuízo resultante da sua participação. Foram tidos em conta todos os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativamente à investigação com seres humanos.

# 1. CAPÍTULO I- ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.

## 1.1 Contextualização do Estágio

Antes de 1971, altura em que foram criados em Portugal os centros de saúde, os cuidados prestados ao individuo eram providenciados por órgãos criados pela segurança social, a “Federação das caixas de previdência” e os “serviços das caixas” que acompanhavam a doença e invalidez dos trabalhadores por conta de outrem, sendo que aqueles que não trabalhavam no comércio ou na indústria não teriam acesso a cuidados de saúde (Sousa, 2009).

Com a criação de centros de saúde o Estado assumia a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos em estruturas próprias. A “revolução” nos cuidados de saúde primários deu-se com a declaração de Alma-Ata. A saúde passou a ser encarada não apenas como ausência de doença, sendo mais complexa e tendo a saúde primária a responsabilidade de promover saúde e prevenir doença e na presença da mesma tratá-la no contexto onde as pessoas residem, deixando os cuidados hospitalares para os casos que não poderiam ser tratados de outra forma (Melo, 2021).

Atualmente nos centros de saúde de “terceira geração” os utentes do Sistema Nacional de Saúde passaram a contar com cuidados prestados por Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), em estreita articulação entre si, com os cidadãos e organizações comunitárias.

A Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) integra três Unidades Hospitalares e 14 UCSP que servem a população do distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, para englobar as unidades de saúde dos extintos Centro Hospitalar do Nordeste e Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste. Na área clínica atua ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Pública ([www.ulsne.min-saude.pt](http://www.ulsne.min-saude.pt)).

A unidade local de saúde do Nordeste (ULSNE) tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população do distrito de Bragança, dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores. No departamento de cuidados de saúde primários da ULSNE existe o UCSP de Alfândega da Fé, UCSP de Bragança (Sé e Santa Maria), UCSP Carrazeda de Ansiães, UCSP Freixo de Espada-à-Cinta, UCSP Macedo de Cavaleiros, UCSP de Miranda do Douro, USF de Mirandela I e UCSP II, CS Mogadouro, UCSP Torre de Moncorvo, UCSP de Vila Flor, UCSP de Vimioso e UCSP de Vinhais. Destas unidades apenas o CS de Mirandela I abriu portas em janeiro deste ano como USF.

## **1.2 Caracterização sociodemográfica da região de Bragança**

Bragança é uma cidade situada no nordeste transmontano, capital de distrito, tem uma área total de 1.173,57 km, um total de 34.582 habitantes, segundo informação dos censos de 2021, e uma densidade populacional de 29 habitantes por km. É subdividida em 39 freguesias e o município é limitado a norte e leste pela região espanhola de Castela e Leão, a sudeste pelo município de Vimioso, a sudoeste por Macedo de Cavaleiros e a Oeste por Vinhais.

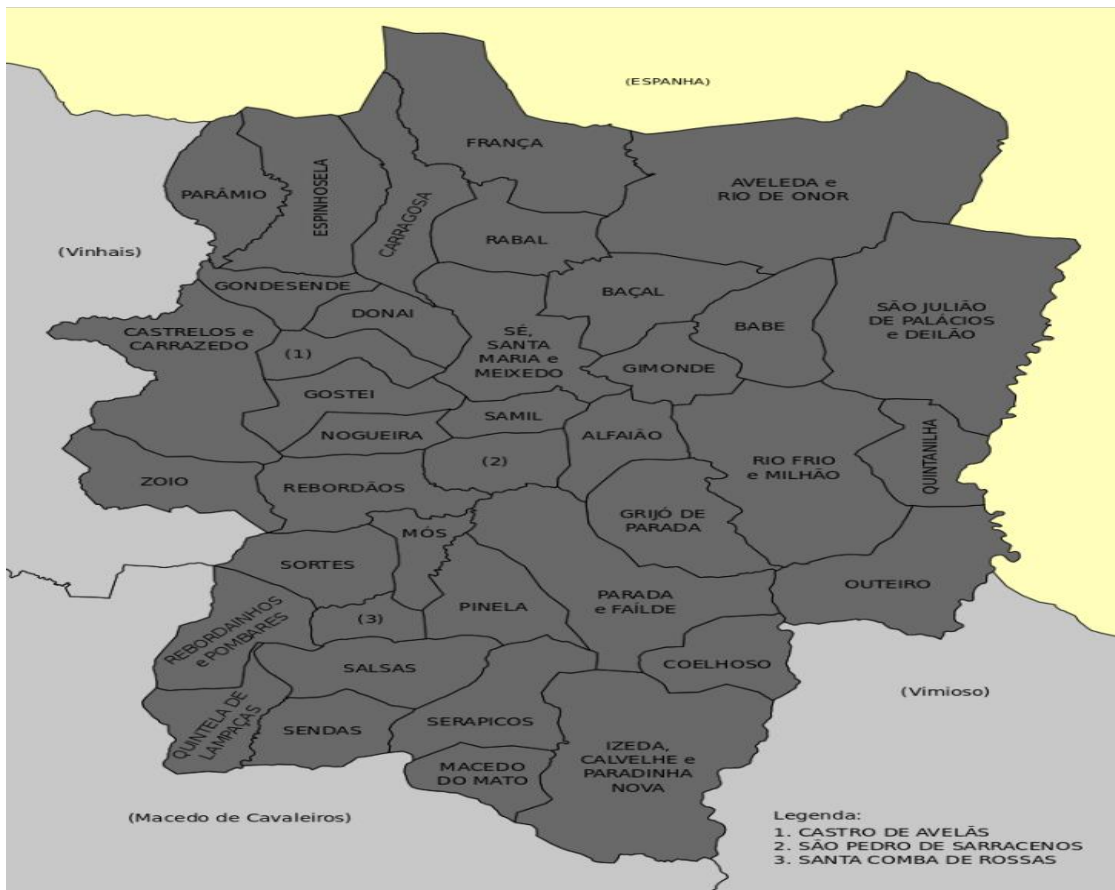


Figura 1- Freguesias do Município de Bragança

Os Censos 2021 revelam que se agravou o envelhecimento populacional em Portugal, havendo uma redução do número de indivíduos jovens e um aumento do número de indivíduos idosos. Este envelhecimento traduz-se numa carga de morbilidade e mortalidade cada vez maior na população residente em Portugal, maioritariamente à custa da maior prevalência de doenças crónicas e às complicações daí decorrentes, pelo que será de esperar uma sobrecarga crescente dos serviços de saúde. O aumento da proporção de indivíduos a viver sozinhos, especialmente quando aliado ao envelhecimento da população, é fonte de preocupação. À luz destes dados, é de esperar algum impacto na saúde decorrente da falta de acesso a cuidados de saúde (incluindo cuidados informais), com impacto tanto a nível da saúde física, como da saúde mental da população. Relativamente à região de Bragança, os censos demonstram que comparativamente com os anos anteriores (2001 e 2011), 2021 apresentou um resultado de cidadãos com idade igual ou superior a 65 anos, superior aos anos anteriores, havendo uma diminuição populacional da faixa dos 25-64 anos de idade. É notório também uma diminuição significativa de habitantes da faixa etária dos 0-14 anos bem como dos 15-24 anos de

idade, sendo possível concluir que esta região se destaca por uma população mais envelhecida e com um número reduzido de nascimentos. Desta forma, não foi surpreendente perceber que, durante o estágio, as consultas de enfermagem de saúde do adulto, de saúde do idoso e de gestão de doença crónica, eram as mais frequentes.

### **1.3. Caracterização do centro de saúde**

Na cidade de Bragança existem dois UCSP, o UCSP I da Sé e o UCSP II de Santa Maria.

O UCSP II, onde o estágio em foi realizado, funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Dispõe de 2 unidades de cuidados personalizados, onde o cidadão pode recorrer a diferentes consultas programadas: consultas de vigilância de grupos vulneráveis como saúde da mulher, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil e consultas de vigilância de grupos de risco, como os hipertensos, diabéticos, idosos, asma e Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e dislipidemia. Nestas consultas estão também abrangidas as consultas de rastreio do cancro da mama, do colo do útero, colorretal e retinopatia diabética. O utente beneficia, ainda, da possibilidade de recorrer à consulta aberta, quando não tem consulta programada e necessita de atendimento no próprio dia, por situação urgente, que não justifica a ida ao serviço de urgência.

Além das duas unidades de cuidados personalizados existe, para benefício dos utentes, a UCC, que se apresenta como uma peça importante nesta unidade de cuidados de saúde primários uma vez que presta cuidados e apoio na saúde escolar, no núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, disponibiliza aulas de preparação para a parentalidade, ações de intervenção precoce na infância e a operacionalização de projetos comunitários em parceria com a rede social direcionados à terceira idade (Envelhecer Saudável e Cuidando o Cuidador) e a equipa de Cuidados integrados (ECCI)

Apresenta também outras valências como radiologia, psicologia, medicina dentária, podologia, nutrição e serviço social.

## **1.4 Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados I**

As unidades de cuidados de saúde personalizados são definidas no decreto lei nº 28/2008 artigo 10 como sendo uma estrutura semelhante à prevista para as unidades de saúde familiar (USF), prestando cuidados personalizados, assegurando a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados aos utentes. Estas unidades integram equipas compostas por enfermeiros, médicos, e assistentes técnicos, distinguindo-se das unidades de saúde familiar na medida que as USF prevêm preferencialmente enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na área de enfermagem familiar (EEECESF). Na UCSP I, unidade onde decorreu o estágio, integram a equipa 8 enfermeiras, 8 médicos e 4 assistentes técnicos. Contava, no momento de estágio, com um total de 11047 utentes inscritos e destes, 1868 utentes faziam parte da lista de utentes da enfermeira orientadora, pelo que os objetivos de estágio recaíram sobre essa lista de utentes.

Os cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários são muitos vastos e acompanham os indivíduos e as famílias ao longo dos vários ciclos de vida e em todos os contextos onde se inserem domicílio, instituições comunitárias como as ERPI e escolas, por exemplo. A consulta de enfermagem é no fundo uma estratégia de aplicação do processo de enfermagem no contexto da identificação de diagnósticos de enfermagem, da prescrição e implementação de intervenções e da avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. É um processo intencional e profissionalizado de organização da interação com os utentes assegurando que o cuidado de enfermagem é adequado, individualizado e efetivo (Melo, 2021).

## **1.5 Reflexão sobre o desenvolvimento de atividades e competências**

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo. Os profissionais que prestam cuidados de saúde primários trabalham com os utentes e as suas famílias. Atendem às suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo. Os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação e coordenação dos cuidados de saúde primários (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Ao longo do estágio foram colocadas em prática o desenvolvimento das competências de enfermagem, tanto a nível de enfermeiro especialista como as específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Assim, na alínea a), b), c), e d) foi proposto o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista que se regem pelo regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Na alínea e) e f) as competências específicas do EEECESF segundo o Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

**a) Desenvolver a prática clínica na área da especialidade com responsabilidade profissional, ética e legal.**

O Enfermeiro deve atuar de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Executar uma prática de enfermagem baseada no respeito pelo utente e suas crenças, manter o sigilo em todas as questões individuais e familiares daqueles que procuram os cuidados de enfermagem. Conhecer as necessidades das famílias e indivíduos e orientar os mesmos para a promoção da saúde e prevenção de doença. Informar o indivíduo e a família sobre os cuidados de enfermagem a serem prestados e qual o seu intuito dando sempre atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.

**b) Desenvolver a prática clínica numa lógica de melhoria contínua da qualidade.**

É imperativo que o enfermeiro se mostre empenhado em aprimorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados, com base em evidências científicas. No decorrer do estágio foi possível participar em algumas ações de formação internas (cuidados ao pé diabético, a importância da referenciação para o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco: sinais de alerta) e programadas para a equipa de saúde (médicos e enfermeiros), que decorriam na unidade com o intuito de melhoria de práticas e trocas de ideias. No decorrer do estágio, foi realizado um estudo de caso, recorrendo ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como forma de elaboração de diagnósticos de enfermagem e de intervenções, que permitiam otimizar os ganhos em saúde do utente e família

**c) Integrar os pressupostos de gestão dos cuidados na prática clínica**

O Enfermeiro deve estar ciente dos princípios e práticas de gestão de cuidados e ser capaz de aplicá-los seu dia-a-dia. A gestão dos cuidados envolve a coordenação e organização do serviço para garantir que os utentes recebam cuidados seguros, eficazes e centrados no utente. Assim foi necessário a colaboração com a equipa multidisciplinar para priorizar as ações e cuidados de enfermagem ao utente e família.

**d) Atuar tendo por base o desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Atuar tendo por base o desenvolvimento das aprendizagens em enfermagem é fundamental para garantir cuidados de saúde eficientes e de qualidade. Assim cabe aos enfermeiros procurar o conhecimento científico mais atualizados possível, investindo em formação continua desenvolvendo praticas baseadas na evidencia possuindo uma reflexão critica nas práticas de forma a identificar áreas de melhoria. Cada nova experiência é uma nova aprendizagem. Foram aproveitadas todas as novas oportunidades que surgiram durante o estágio para aprender e colocar em prática todas as competências adquiridas ao longo do mestrado, nomeadamente os cuidados ao individuo e família. A articulação com a restante equipa multidisciplinar foi benéfico no âmbito de novas aprendizagens.

**e) Cuida a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

O EEECESF atua como agente facilitador para que os indivíduos, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise, quer em questões de saúde e doença.

O ciclo vital da família é caracterizado pela transição entre diferentes fases que vão ocorrendo ao longo do tempo. Em cada fase é necessária uma adaptação às novas mudanças o que muitas vezes altera a dinâmica familiar.

O EEECESF é responsável pela prestação de cuidados às famílias nas diferentes fases do ciclo vital, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade.

Para cumprir este objetivo foi necessário, estabelecer um diálogo que possibilitasse a recolha de dados, para identificar as forças e fraquezas familiares, bem como, recursos e

necessidades, permitindo o apoio da família para superar situações que causassem desequilíbrio na funcionalidade familiar.

**f) Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito de enfermagem de saúde familiar**

Para desenvolver competências a nível da gestão e liderança dos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem comunitária, na área de saúde familiar, é necessário articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

É importante, antes de mais, identificar potenciais problemas de saúde que afetam não só o indivíduo como também a saúde familiar, ou seja, fazer uma avaliação e diagnóstico de enfermagem, dos principais problemas de saúde que afetam o indivíduo/família. proceder ao planeamento de estratégias e cuidados personalizados ao indivíduo e à sua família seja através de referência para equipas multidisciplinares de saúde presentes no centro de saúde e/ou articular com instituições presentes na comunidade e redes de apoio social. Realizar educação para a saúde através de ensinamentos capacitando assim o indivíduo/família na promoção da saúde e prevenção de doença ou mesmo na gestão da doença já existente. Daquilo que foi observado pela discente ao longo do estágio é que a consulta de enfermagem não se limitava na avaliação de parâmetros, mas como um local de desabafo onde o utente procurava algum apoio emocional sendo o enfermeiro muitas vezes um mediador de conflitos entre os membros da família ou um conselheiro ao indivíduo que se encontrava a atravessar um período difícil.

Devido ao extenso ficheiro de utentes da enfermeira orientadora no local de estágio as consultas de enfermagem não se poderiam prolongar por muito tempo sendo do ponto de vista da investigadora limitador tanto nos ensinamentos como na recolha de dados e elaboração de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem.

De um modo geral e dadas as oportunidades que surgiram foi possível atingir quase na totalidade os objetivos propostos para o estágio. As consultas de enfermagem baseavam-se muito no indivíduo e não na família, foram pouco observadas as intervenções junto de famílias, talvez pelo fato do estágio se ter realizado numa UCSP e não numa USF não conseguindo aplicar na totalidade dos conteúdos ministrados ao longo do mestrado, especificamente às competências de estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações

complexas. Contudo foi possível adquirir novos conhecimentos e ter percepção de uma nova realidade e da importância dos cuidados de saúde primários na prevenção e tratamento. As consultas de saúde do Adulto e do Idoso foram as mais realizadas e as que particularmente mais agradaram a discente.

## **2. CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Entendemos que a família é um sistema vivo e aberto, composto por vários elementos com laços entre si, no qual o todo é maior do que a soma de todas as partes e onde se estabelece, entre os elementos constituintes, um sentimento de pertença (Alarcão & Relvas, 2002).

Neste capítulo será abordada a temática da família, do envelhecimento e da institucionalização do idoso, podendo esta última ter várias razões de ser e acontecer.

A institucionalização é a resposta dada por muitas famílias de forma a solucionar a problemática do envelhecimento do seu familiar e das consequências que o envelhecimento provoca no idoso, requerendo tempo, disponibilidade e cuidados que muitas famílias são incapazes de fornecer. Sabe-se que as famílias estão em constante mudança, quer de estrutura, de função e dos processos familiares. Entender a funcionalidade da família, a sua coesão e adaptabilidade pode dar-nos respostas quanto à relação do idoso com a família após o processo de institucionalização.

### **2.1 Ciclo vital da família**

Segundo Martins (2004) é na família, que as pessoas crescem, se desenvolvem física, psicológica e socialmente, obtêm um sentido de si e de coletividade, enquanto unidade cultural familiar, desenvolvem crenças e valores acerca da vida e progredem ao longo do ciclo vital.

Podemos definir o ciclo vital da família como uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento, que acarretam transformações na estrutura da família (Figueiredo, 2023).

“O ciclo de vida familiar é como uma cadeia, em que cada estágio começa no elo anterior e é completado pelo próximo” (Hanson, 2001, p. 354).

A existência de vários modelos compreensivos sobre o ciclo vital da família vai elucidando acerca das várias transições que ocorrem na família ao longo dos anos, o modelo de Duvall e Miller de 1985 e o modelo português de Relvas de 2000 são os mais conhecidos e utilizados, em que as transições são classificadas em etapas, uma sequência previsível de mudanças na organização da família, com o passar dos anos. Existem nestas etapas do ciclo vital a saída de alguns membros da família e o aparecimento de novos membros (Figueiredo, 2023).

Assim Duvall e Miller (1985), nomeiam oito etapas do ciclo vital, a primeira, o casal sem filhos, seguido da família filhos pequenos, em terceiro a família com filhos em idade pré-escolar, na quarta etapa a família com filhos em idade escolar, seguida pela etapa da família com filhos adolescentes, a sexta etapa a família com filhos adultos jovens, a sétima etapa a família de meia-idade, e, por último, a oitava etapa conhecida como família idosa. Nesta etapa do ciclo vital os membros mais velhos da família integram o ajustamento à reforma, o falecimento de algum dos cônjuges e o lidar com a perda, a solidão de viver sozinho e a adaptação ao envelhecimento e às alterações que este acarreta.

E assim, Relvas (2000) citado por Figueiredo (2023, p. 157) refere que “(...) com o passar dos anos desaparece um dos cônjuges da família nuclear, para a última saída coincidir finalmente com a morte do sistema”.

Segundo Figueiredo (2023), esta última etapa é caracterizada por um processo de aceitação da mudança de papéis na geração, onde a geração de meia idade muitas vezes assume o papel de apoio e cuidador face ao declínio fisiológico do casal ou de um dos membros. Esta geração de meia idade, que assume o papel de apoio, muitas vezes também necessita de se centrar na sua própria relação, que muitas vezes foi colocada em segundo plano para investimento nos filhos, acrescentando ainda a necessidade da continuação do investimento a nível profissional uma vez que a idade da reforma tende a ser cada vez mais tarde.

É uma etapa complexa para esta geração de meia idade, estar numa etapa de transição muitas vezes com filhos adolescentes ou adultos e transita para a etapa dos pais envelhecidos que necessitam de apoio.

## **2.2- A Famílias e o Envelhecimento**

O processo de envelhecimento é compreendido como um processo dinâmico, progressivo, sequencial, irreversível e comum a todos os seres humanos, apresentando-se gradual para uns e mais rápido para outros. Sofre influência de vários fatores (biológicos, económicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros) e afeta cada pessoa de forma específica podendo interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que está inserido, tornando-o mais vulnerável a doenças e comprometendo, dessa forma, a sua qualidade de vida e estado de saúde (Fechine & Trompieri , 2012).

Como já referido, o ciclo vital da família pode ser dividido em etapas/estádios dependendo da conjuntura da família, assim cada estágio divide a vida familiar em períodos diferenciados que são marcados por mudanças de estatutos e papéis (Figueiredo, 2012). Os acontecimentos internos na família idosa depreendem-se com a saídas dos filhos de casa, tornarem-se avós, o desenvolvimento de incapacidades físicas ou cognitivas ou mesmo a morte de um elemento do casal. As transições dentro da família idosa acontecem quando os papéis e responsabilidades começam a transformar-se ao longo das gerações, ou seja, os filhos vêm-se no papel de prestador de apoio aos pais, quando muitas vezes também necessitam de dar apoio aos seus filhos (Hanson, 2001).

No envelhecimento, a dependência não é um fenómeno novo, é um problema não só para a pessoa dependente, mas também para quem tem que dispor do seu tempo para a apoiar. Na maioria dos casos a família assume o papel de cuidador, uma vez que é no seio familiar que se aprendem os autocuidados, se adquirem comportamentos de bem-estar e se prestam cuidados a diferentes membros, ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital (Araújo et al., 2017).

## **2.3- Cuidados à pessoa idosa**

O artigo realizado por Sousa et al., (2021), sobre cuidadores familiares de idosos dependentes, refere que as motivações para cuidar do familiar idoso pode depender da

reciprocidade, ou seja, nutrirem o sentimento de gratidão, afeto, admiração e amor pela pessoa idosa que em tempos foi também ela cuidadora da família. Outros cuidadores alegam que, pela falta de opção entre os membros familiares para assumir o papel de cuidador, alguém tem que assumir esse papel pela responsabilidade moral e ética em não abandonar a pessoa idosa.

Apesar do sentimento de afeto e reciprocidade da família, cuidar do idoso e morar com uma pessoa idosa pode gerar por vezes uma sobrecarga física e psicológica, manifestando-se por períodos de stresse, ansiedade e depressão. Para muitos familiares assumir cuidados ao familiar idoso representa exaustão, pelo envolvimento afetivo com o idoso com as rotinas do “cuidar”, que implicam várias restrições na vida de quem cuida (Figueiredo, 2023).

A existência de doenças crónicas e degenerativas ou incapacitantes podem colocar em perigo o equilíbrio familiar. Quando os recursos se esgotam, ou a família não os consegue utilizar, há necessidade de recorrer a ajuda externa (Azeredo, 2008).

Assim, algumas famílias, pelas suas várias condicionantes, escolhem institucionalizar os seus familiares idosos, que, não raras vezes, já se encontram em situação de dependência. No entanto, é importante enaltecer que o apoio familiar é fundamental em ambientes diferentes, nomeadamente a nível institucional, facilitando a permanência das pessoas, o funcionamento das equipas de saúde e a manutenção da integridade física e psicológica da pessoa institucionalizada (Araújo et al., 2017).

#### **2.4- Estruturas residenciais para idosos (ERPI)**

O Estado Português refere-se a estas estruturas como tendo o propósito de combater o isolamento social e individual, promover a autonomia e assegurar um conjunto de cuidados multidisciplinares e serviços a grupos alvo específicos e vulneráveis, como pessoas idosas, pessoas com deficiência e/ou incapacidade e/ou pessoas em situação de dependência. Estas estruturas oferecem cuidados de higiene, alimentação e cuidados de saúde e englobam uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médico assistente, fisioterapeuta e animação sociocultural. A população-alvo destas instituições

são pessoas com 65 anos ou mais, cuja situação/problema não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida.

Constituem objetivos da estrutura residencial para idosos, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social. É fulcral que os idosos se relacionem entre si dentro da instituição bem como se mantenha o contacto e relacionamento com a família e amigos os seus cuidadores e a comunidade onde estão inseridos, indo de encontro aos seus interesses (Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012).

A crescente institucionalização que vivenciamos atualmente dá-se devido a vários fatores, perda de autonomia dos idosos; falta de condições das habitações; impossibilidade de a família assumir um papel mais presente na vida do idoso; e, em alguns casos, por escolha do próprio idoso. A integração da pessoa idosa em lar constitui um processo delicado, pois a institucionalização pressupõe o abandono do espaço físico familiar e a diminuição dos contactos com a rede relacional até ali muitas vezes dominante, e outros aspetos singulares e pessoais que se perdem aquando da institucionalização (Sampaio, 2020).

### **2.5-A importância da família na vida do idoso institucionalizado**

A institucionalização dos idosos em lares e ERPI implica, quase sempre, o abandono dos papéis de família, o que resulta ou implica em ruturas afetivas, havendo a necessidade de construção de novos afetos. Esta construção será sempre mais pacífica, se essas ruturas afetivas não ocorrerem de forma tão repentina e definitiva, já que o idoso não se sentirá abandonado e poderá construir com maior tranquilidade os seus novos afetos e experimentar novas atividades (Pereira, 2008). De forma a amenizar essa nova fase, podem por exemplo, ocorrer visitas dos familiares, idas a casa, para que os idosos passem alguns dias em casa da família, e/ou saídas para almoçar com a família. Atitudes como as apresentadas podem ajudar a aumentar a autoestima dos idosos juntos dos seus companheiros de instituição. Os idosos que não mantêm uma relação de proximidade com a família podem vir a sentir-se diminuídos juntos dos seus companheiros de instituição, havendo uma diminuição da sua autoestima. (Carrajo, 1999).

No entanto, particularmente no caso de adaptações bem-sucedidas, as pessoas da instituição (utentes e cuidadores) podem funcionar um pouco como “família de adoção”, sendo frequente a criação de laços de profunda afetividade nestas condições. Segundo Relvas (1996), estes laços criados pela nova família serão sempre limitados no tempo, generalizados e não exclusivos, ao contrário dos laços e relação com a família são para a vida e exclusivos.

A envolvência da família é de extrema importância na vida do idoso. O afastamento prolongado da família ocasiona depressão, angústia e solidão no idoso, que se sente abandonado (Carneiro, 2012).

Várias pesquisas demonstram que o número de visitas que ocorrem após a institucionalização dos idosos por parte da família, ronda em média 3 vezes por semana, contudo com o passar do tempo o número de visitas vai diminuindo e muitas vezes os contactos telefónicos deixados pelos familiares nas admissões deixam de estar ativos (Zimmerman, 2007).

É de fácil compreensão principalmente para os utentes orientados no tempo e no espaço que o sentimento de não pertença e abandono os invade, que por sua vez torna toda adaptação ao novo lar mais difícil (Carneiro, 2012).

Proporcionar e motivar a integração da família com o idoso dentro da instituição, mostrar à família a importância das visitas periódicas aos idosos, bem como a sua participação em eventos da instituição e festas temáticas e levar os idosos a passear com a família, são atividades importantes para o bem-estar dos idosos e permitem reatar vínculos familiares (Carneiro, 2012).

De forma a reatar ou manter os vínculos com a família é necessário perceber e fazer uma avaliação familiar, numa etapa marcada pela institucionalização de um dos familiares, que permitirá compreender a coesão, adaptabilidade e tipo de família.

## **2.6-Instrumentos de Avaliação familiar**

A família apresenta um carácter desenvolvimentista, identificando-se “(...) uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do

cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas” (Relvas, 2006, p.16).

O ciclo vital da família é, por conseguinte, uma classificação das várias etapas de vida da família, que engloba de forma interativa características dos sujeitos, aspetos internos do sistema e a relação entre os subsistemas e os contextos externos em que a família se insere.

No âmbito da avaliação sistémica familiar, Figueiredo (2012) incorpora no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, as escalas FACES II e APGAR familiar de Smilkstein. Estes instrumentos avaliativos permitem compreender aspetos fundamentais do funcionamento familiar.

A escala FACES II desenvolvida por Olsen e colaboradores em 1982. Avalia a perceção dos membros da família acerca de duas dimensões do funcionamento familiar (coesão e adaptabilidade) e em função das mesmas o tipo de família, permitindo classificá-las em extremas, meio termo, equilibradas e muito equilibradas (Tribuna, 2000).

Esta escala foi traduzida e validada para Portugal por Fernandes em 1995 que é constituída por 30 perguntas numa escala tipo likert em que as opções de resposta são os números de 1 a 5 sendo 1 quase nunca e o 5 quase sempre. Das 30 perguntas que constituem a escala 16 pertencem à dimensão da coesão e 14 à adaptabilidade. Através da fórmula  $\text{Coesão} + \text{adaptabilidade} / 2$  podemos definir o tipo de família presente (Figueiredo, 2023).

A dimensão da coesão mede os laços emocionais entre cada membro e os restantes, avaliando o grau de separação ou ligação de cada elemento à família. Da aplicação da escala surgem quatro níveis de coesão: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. De acordo com Olson (1988), as famílias que apresentam uma coesão de separada e ligada possuem um bom funcionamento familiar ao contrário das famílias extremadas desmembradas ou muito ligadas por norma são vistas como problemáticas ou seja, as famílias com perceção de coesão muito ligada demonstram demasiado consenso no seio familiar e pouca independência que implica limites difusos dentro das famílias. O oposto, no entanto, as famílias desmembradas, os membros da família tendem a realizar as suas atividades com o mínimo de ligação e compromisso, evidenciando a sua rigidez estrutural. A dimensão da adaptabilidade avalia a capacidade que o sistema

conjugal ou familiar tem para mudar, em termos de estrutura, regras ou papéis, em resposta a determinada situação ou a acontecimento stressante (Tribuna, 2000). A esta dimensão estão associados seis conceitos cruciais do funcionamento familiar, liderança, disciplina, negociação, papéis e regras (Olson, 1988). Da aplicação da escala surgem quatro níveis de adaptabilidade: rígida, estruturada, flexível e muito flexível. As famílias que apresentam uma adaptabilidade estruturada e flexível produzem um melhor funcionamento familiar ao contrário das famílias rígidas e muito flexíveis que acabam por ser mais problemático à medida que vão transitando nas etapas do ciclo vital (Olson, 1988).

Da aplicação da FACES II verifica-se que altas pontuações nas dimensões coesão e adaptabilidade revelam sistemas familiares equilibrados, enquanto baixas pontuações, nas mesmas dimensões, refletem um sistema familiar desequilibrado (Olson, 2000). Neste sentido, famílias equilibradas tendem a ser mais funcionais, quando comparadas com famílias que se situem em pontuações mais extremas.

Para avaliar a funcionalidade familiar, Smilkstein criou o instrumento designado APGAR de Família. em 1978 Este acrónimo em inglês, baseia-se nos seguintes domínios: *adaptability* (adaptação), que se refere aos recursos familiares disponíveis quando é necessária assistência; *partnership* (participação), relacionado com a reciprocidade nas comunicações familiares e na resolução de problemas; *Growth* (crescimento), que diz respeito à capacidade da família para aceitar mudanças de papéis e promover o desenvolvimento emocional; *affection* (afeto), abrangendo a intimidade e as interações emocionais no âmbito familiar; e *resolve* (decisão), associado à determinação, tomada de decisões e resolução de questões no seio da família. Quando aplicada esta escala permite avaliar a perceção dos familiares sobre a funcionalidade familiar, nas diferentes fases do ciclo vital, permitindo que se detetem disfunções no sistema e, posteriormente viabilize intervenções que reestabeçam o equilíbrio familiar (Silva et al., 2014). Da aplicação da escala obtém-se três níveis de funcionalidade familiar: família altamente funcional, família com moderada disfunção e família com disfunção acentuada.

### **3. CAPÍTULO III – METODOLOGIA**

#### **3.1-Questão de Investigação e Objetivos**

Um processo de investigação tem sempre no seu início a identificação de um problema, que se transforma numa questão de investigação.

A presente investigação tem como questão de partida: “Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a perceção da funcionalidade familiar, a coesão e a adaptabilidade familiar do familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros?”

Tem como objetivo principal: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a coesão, a adaptabilidade e a funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros. E como objetivos específicos: caracterizar sociodemográfica e profissionalmente o familiar do idoso institucionalizado (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, habitação); avaliar a perceção da funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado; e avaliar a perceção de coesão e adaptabilidade familiar e tipo de família do familiar do idoso institucionalizado.

#### **3.2-Hipóteses e variáveis**

A hipótese é a formulação de uma suposição sobre a relação entre duas ou mais variáveis, que sugere uma resposta para a questão de investigação (Néné *et al.* 2022). Procurando guiar o estudo e relacionar variáveis do mesmo definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a Coesão familiar.

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a adaptabilidade familiar.

H3: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o Tipo de família.

H4: Existe relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a funcionalidade familiar.

H5: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e a funcionalidade familiar.

H6: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e o Tipo de família.

H7: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considerar a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H8: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e considerar a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H9: Há relação estatisticamente significativa entre a Adaptabilidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H10: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H11: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para a família

H12: Há relação estatisticamente significativa entre o Tipo de família e considera a Institucionalização a melhor opção para a família.

H13: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a ideia de Institucionalização partiu de quem.

H14: Há relação estatisticamente significativa entre o Tipo de família e a ideia de Institucionalização partiu de quem.

H15: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado

H16: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado.

H17: Existe relação estatisticamente significativa entre o Tipo de Família e o número de visitas realizadas ao idoso institucionalizado.

H18: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e a ideia de Institucionalização partiu de quem.

H19: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considerar ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H20: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e considerar ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H21: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H22: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e percepção de família unida.

H23: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e percepção de família unida.

H24: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e percepção de família unida.

H25: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e percepção de família unida.

H26: Há relação estatisticamente significativa entre a Funcionalidade familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas.

H27: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas

H28: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e a adaptabilidade familiar.

H29: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o tipo de família.

H30: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o tipo de família.

H31: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e as habilitações literárias dos familiares.

H32: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco do idosos e adaptabilidade familiar.

H33: Existe relação estatisticamente significativa entre o número de visitas e a adaptabilidade familiar.

H34: Existe relação estatisticamente significativa entre tipo de família e a adaptabilidade familiar.

H35: Existe relação estatisticamente significativa entre o Tipo de família e a família ter um papel ativo na vida do idoso.

H36: Existe relação estatisticamente significativa entre o Tipo de família e levarem o idoso para casa.

Uma variável é uma característica observável e à qual pode ser atribuída mais do que um valor. As variáveis são classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo, classificadas em investigação e caracterização (Néné *et al.* 2022).

São variáveis de investigação no presente estudo: características sociodemográficas, características profissionais, percepção de coesão familiar, percepção de adaptabilidade familiar, percepção de tipo de família, percepção de funcionalidade familiar, frequência de visitas realizadas ao idoso, percepção de papel ativo e interativo na vida do idoso institucionalizado, percepção sobre opção por institucionalização do idoso, responsável pela ideia de institucionalização, grau de parentesco com o idoso, percepção de família unida e hábito de levar o idoso institucionalizado a casa.

### **3.3-Tipo de Estudo**

O processo de investigação inicia-se pela identificação de um problema que se transverte numa questão de investigação. Assim de forma a responder à questão de inicial é necessário desenhar um plano de estudo em que após a identificação do problema, hipóteses serão delineadas, seleciona-se a amostra da população, procede-se à recolha de dados pertinentes fazendo posteriormente uma análise dos mesmos, os resultados e por fim retiram-se conclusões (Néné *et al.* 2022).

Para dar resposta à questão de investigação colocada e aos objetivos elencados à mesma procedeu-se a uma metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal.

Trata-se de um estudo descritivo uma vez que pretende explorar ou descrever determinado fenómeno e permite que sejam geradas hipóteses. Os estudos podem ser classificados consoante a existência ou não de seguimento, assim os estudos transversais apenas recolhem dados dos participantes num determinado momento, sem nenhum tipo de seguimento. Nos estudos observacionais não existe manipulação por parte do investigador e o facto de se considerar correlacional refere-se ao facto de se estabelecer relação entre várias variáveis (Néné *et al.* 2022).

### 3.4-População e Amostra

Em Portugal, entre 2011 e 2021, segundo resultados dos censos de 2021, o país perdeu população em todos os grupos etários, com exceção do grupo dos idosos, que aumentou 20,6%. No total, quase um em cada quatro portugueses (23,4%) tem mais de 65 anos. A nível nacional existem de momento 182 idosos por cada 100 jovens, o que representa um acentuado agravamento do índice de envelhecimento.

Neste trabalho pretendemos, avaliar a perceção de coesão, adaptabilidade e funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado, nas Estruturas Residenciais para Idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros. Segundo resultados dos censos de 2021, Macedo de Cavaleiros tem uma população residente de 14.251 habitantes, sendo que deste número 4.941 são idosos (mais de 65 anos). Em comparação com os censos de 2011 existiam no ano 2021 mais 506 idosos na população de Macedo de Cavaleiros, corroborando com os dados nacionais.

A ERPI 1 é uma instituição de apoio social com início em 28 de maio de 1987, com as respostas sociais de lar de idosos, centro de dia e apoio domiciliário.

A 12 de Setembro de 2010 a ERPI 1 de Macedo de Cavaleiros inaugura a ERPI 2 (situada numa freguesia de Macedo de Cavaleiros), equipamento que vem responder às necessidades verificadas pela extensa lista de espera em lar e pela falta de cobertura na área geográfica em que se insere. Na atualidade, estas duas valências têm em regime de internamento um total de 83 utentes na ERPI 1 e 54 utentes na ERPI 2, perfazendo um total de 137 utentes institucionalizados.

Tendo em conta o objetivo do estudo, optou-se por selecionar um familiar por idoso institucionalizado. Desta forma, a população a ser considerada na presente investigação foi de 137 pessoas.

Consideraram-se como critérios de inclusão: familiares que tenham realizado pelo menos uma visita no último ano; familiares cujo grau de parentesco fosse filho(a), cônjuge ou neto(a). E como critérios de exclusão: familiares que se recusassem a participar no estudo.

Previamente à aplicação do instrumento de colheita de dados solicitou-se a colaboração do diretor das instituições, para perceber quantos familiares de idosos e de quais idosos correspondiam aos critérios de inclusão.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra de 106 participantes.

### **3.5-Instrumentos de medida e de recolha de Dados**

A conversa preliminar com o diretor das instituições em estudo revelou que a maioria dos familiares dos idosos institucionalizados apresentava níveis baixos de literacia e de habilitações académicas. Este fator poderia representar um obstáculo à participação, bem como introduzir vieses na interpretação dos resultados, uma vez que os inquiridos poderiam enfrentar dificuldades na compreensão das questões colocadas no questionário.

Desta forma, optamos como instrumento de medida e de recolha de dados um formulário para preenchimento pela investigadora, com base nas respostas fornecidas pelos familiares inquiridos.

De acordo com Nené et al., (2022) os formulários são ferramentas estruturadas para obter informações acerca dos participantes de estudo e considerada uma forma de minimizar os erros de medidas das variáveis.

O formulário foi estruturado em três partes (anexo:4)

1. Primeira Parte: Incluiu a caracterização sociodemográfica e profissional e do familiar, o grau de parentesco com o idoso e questões relacionadas com a institucionalização. Entre estas, destacam-se: a residência anterior do idoso, as principais razões para a institucionalização e a perceção dos familiares sobre se esta foi a melhor opção para a família e para o idoso.
2. Segunda Parte: Focou-se nas interações dos familiares com o idoso institucionalizado, abordando a frequência de visitas e a prática de levar o idoso para casa em épocas festivas.
3. Terceira Parte: Constituída pelas escalas APGAR Familiar, que avalia a funcionalidade familiar, e FACES II, destinada a determinar a coesão, adaptabilidade familiar e tipo de família.

Após parecer favorável da comissão de ética do IPB e as devidas autorizações das duas instituições, procedemos à recolha de dados, que decorreu entre março e junho de 2024.

Procurou-se aplicar os formulários na semana da Páscoa e nos feriados de 25 de Abril e 1 de maio, porque, de acordo com o diretor das instituições, seriam datas mais propícias para contactar com familiares que se encontravam emigrados ou que aproveitavam as épocas festivas para visitar a família.

### **3.6-Considerações Éticas**

Uma vez que a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser consideradas ao longo de todo o processo de investigação (Néné *et al* 2022).

Salvuarda-se ainda que foi tido em conta o cumprimento dos seguintes princípios éticos (Fortin, 2009):

- Princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não serão prejudicados pela investigação;
- Princípio da autonomia, através da obtenção do consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes o fizeram voluntariamente e foram informados antes do seu consentimento, podendo estes alterar ou desistir em qualquer momento do estudo sem prejuízo dos seus direitos;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Antes de iniciar a aplicação dos formulários, o projeto de investigação foi submetido ao parecer da comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança (Processo nº515023), obtendo-se parecer favorável a 29 de fevereiro 2024. (Anexo: IV)

Foi solicitada autorização e consentimento livre e informado para aplicação dos formulários a cada familiar que procedeu à visita ao idoso nas instalações da ERPI 1 e ERPI 2 no concelho de Macedo de Cavaleiros e que aceitou participar no estudo.

Foi requerida autorização para utilização das escalas de avaliação (Anexo: III) aos autores das mesmas bem como pedido de autorização ao Sr. Provedor (Anexo: I e II)

que abrange as duas instituições para aplicação do formulário nas respectivas instalações.

### **3.7-Tratamento e Análise de Dados**

A análise de dados descritiva é uma parte essencial da análise inicial dos dados e fornecem a base para se comparar variáveis com testes estatísticos inferenciais. As análises de estatística descritiva são usadas para resumir os dados de modo organizado, descrevendo a relação entre as variáveis numa amostra ou população (Néné *et al* 2022).

Para sistematizar e analisar a informação fornecida pelos dados, recorreremos então, à estatística descritiva. Esta torna mais fácil a síntese da informação numérica de forma estruturada, com o intuito de se obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra (Néné *et al* 2022)

“As estatísticas descritivas consistem em resumir um conjunto de dados de um estudo. Além da descrição dos dados, o investigador interessa-se pela generalização dos resultados à população de onde a amostra foi retirada. Para estar em condições de inferir a partir de uma amostra de sujeitos para o total da população, são utilizadas estatísticas inferenciais” (Fortin, 2009. p 283)

No âmbito da análise estatística inferencial, foi utilizado o teste de independência do qui-quadrado de modo a inferir sobre potenciais associações entre variáveis. As técnicas estatísticas utilizadas foram os cálculos de frequências absolutas e relativas e tabelas de cruzamento.

Este teste pressupõe que a amostra seja de grande dimensão e que as frequências esperadas sejam de pelo menos cinco. Quando não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado recorreu-se ao teste exato de Fisher, que serve para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas quando o tamanho da amostra é pequeno (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0. Utilizou-se um nível de significância de 5%.

## CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da população inicialmente calculada em 137 familiares, foi possível obter uma amostra de 106 familiares que concordaram em responder ao formulário. De destacar que dos 137 familiares previstos: 11 familiares não foram incluídos na investigação por não cumprirem os requisitos de inclusão e os restantes 10 familiares não procederam a visitas ao longo do período de aplicação do formulário. Obtendo-se uma amostra de 106 inquiridos.

Neste ponto apresentam-se os resultados provenientes da aplicação dos formulários.

### 4.1- Caracterização sociodemográfica dos familiares

Na caracterização demográfica foi avaliada o sexo do/a participante, bem como idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, local de residência e grau de parentesco. Questões como com quem vivia o idoso antes da institucionalização e de quem partiu a ideia de institucionalizar o idoso, estão localizadas na parte inicial do formulário.

Foram consideradas estas questões iniciais para caracterizar o familiar e perceber em que contexto vivia o idoso antes da sua institucionalização. A pertinência da pergunta sobre de quem partiu a ideia da institucionalização ajuda a perceber se houve envolvimento da família nesta decisão ou se foi de livre e espontânea vontade do idoso em ingressar neste tipo de instituição. Perceber esta tomada de decisão pode ajudar a compreender o comportamento, o humor e a integração do idoso num novo espaço.

Na tabela 1 estão expostas as variáveis sociodemográficas, acompanhadas pelas opções de respostas e avaliada a frequência absoluta das respostas e a frequência relativa.

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da amostra

Variável sociodemográfica	Opções de resposta	n	%
Sexo	Feminino	61	57,5
	Masculino	45	42,5
		106	100
Idade	De 18 a 37 anos	2	1,9
	De 38 a 58 anos	43	40,6
	De 59 a 78 anos	57	53,8

	Mais de 78 anos	4	3,8
		106	100
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	6	5,7
	Casado/União de facto	91	85,8
	Divorciado/Separado	6	5,7
	Viúvo	3	2,8
		106	100
<b>Habilitações Literárias</b>	1º Ciclo de ensino básico	20	18,9
	2º Ciclo de ensino básico	17	16,0
	3º Ciclo de ensino básico	20	18,9
	Ensino secundário	30	28,3
	Ensino superior	19	17,9
		106	100
<b>Profissão</b>	Trabalha por conta de outrem	60	56,6
	Trabalha por conta própria	18	17,0
	Reformado/a	23	21,7
	Desempregado/a	5	4,7
		106	100
<b>Habitação</b>	Meio Rural	37	34,9
	Meio Urbano	69	65,1
		106	100
<b>Grau de parentesco com o idoso</b>	Filho/a	81	76,4
	Outros	25	23,6
		106	100
<b>Com quem o idoso vivia antes da institucionalização?</b>	Cônjuge; Filhos e Cônjuge/Filhos	59	55,7
	Outra instituição	2	1,9
	Irmãos	2	1,9
	Sozinho	43	40,6
		106	100
<b>De quem partiu a ideia da institucionalização?</b>	Do próprio	16	15,1
	Cônjuge; Filhos e Cônjuge/Filhos	79	74,5
	Irmãos	7	6,6
	Ordem judicial	2	1,9
	Referenciação Segurança Social	2	1,9
		106	100

n- Frequência absoluta; % - frequência relativa;

Foram inquiridos 106 familiares de idosos institucionalizados, sendo 57,5% (n= 61) do sexo feminino e 42,5% (n= 45) do sexo masculino. No que trata a idade a maioria dos inquiridos, 53,8% (n=57), tinha entre 59 a 78 anos e 40,6% (n=43) tinha entre 38 a 58 anos. Quanto ao estado civil 79,2% (n=84) estavam casados. Relativamente às habilitações literárias observou-se que os inquiridos estavam distribuídos por diferentes níveis de ensino, destacando-se com maior percentagem o ensino secundário com 28,3% (n=30). A maioria dos inquiridos, 73,6% (n=78), estava a trabalhar, 4,7% (n=5) estava em situação de desemprego e os restantes eram reformados. Quanto ao meio onde habitavam 65,1% (n= 69) residiam em meio urbano e 34,9% (n= 37) em meio rural. Relativamente

ao grau de parentesco a maioria dos inquiridos, 76,4% (n= 81), era filho/a do idoso, os restantes eram irmãos/cunhados/neto/cônjuge/sobrinho. 55,7% (n= 59) dos idosos viviam com o cônjuge ou com os filhos antes da institucionalização e 40,6% (n=43) viviam sozinhos. Na maioria das situações, 74,5% (n=74) a ideia da institucionalização partiu do cônjuge ou dos filhos.

No gráfico 1 apresenta-se a caracterização da amostra segundo a principal razão da institucionalização, sendo que havia a possibilidade de escolher mais do que uma opção.

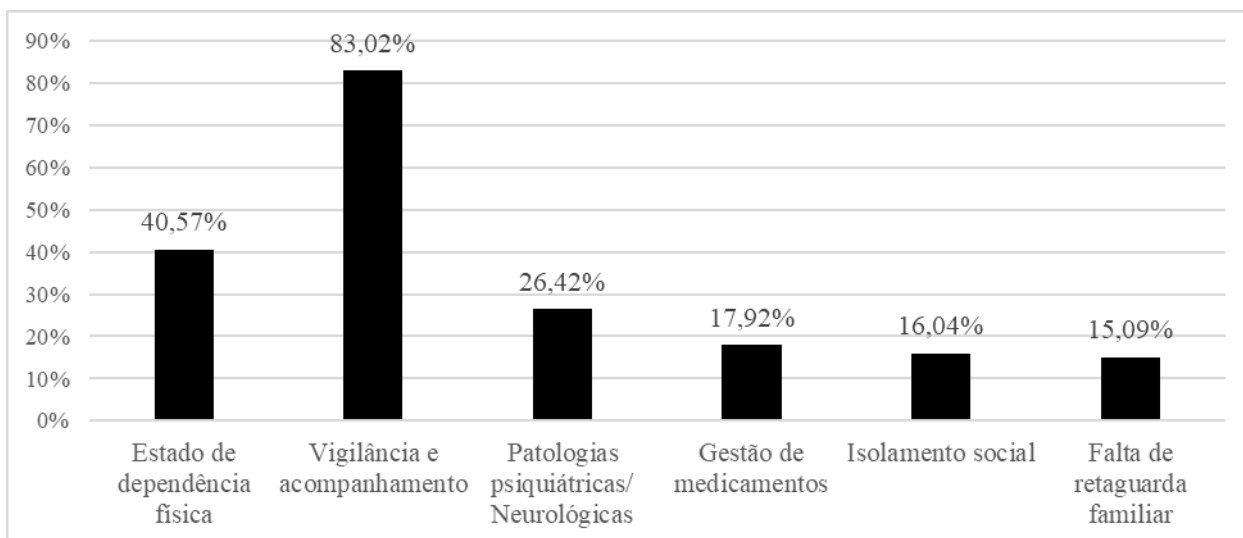
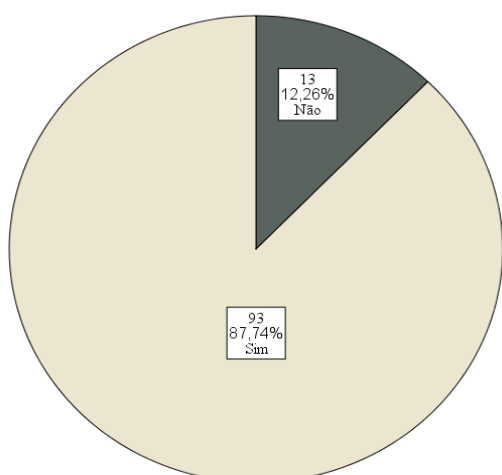


Gráfico 1 – Caracterização da amostra segundo a principal razão da institucionalização

Atendendo ao gráfico anterior concluiu-se que a principal razão escolhida por 83,02% (n= 88) dos inquiridos foi “vigilância e acompanhamento”, seguindo-se a razão “estado de dependência física” referida por 40,57% (n= 43) dos inquiridos.

No gráfico 2 apresentam-se os resultados da opinião da amostra relativamente à institucionalização como melhor opção para a família e para o idoso.

#### A institucionalização a melhor opção para a família



#### A institucionalização a melhor opção para

##### O idoso

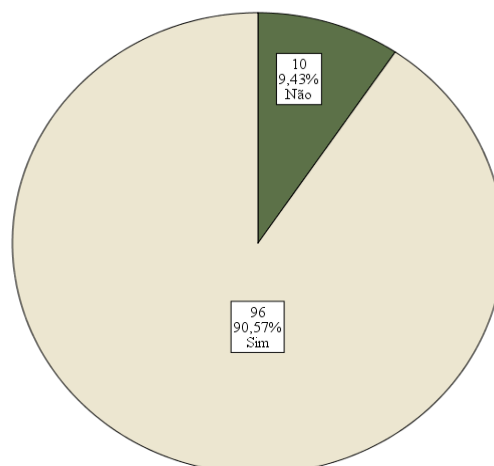


Gráfico 2 – Caracterização da amostra segundo a opinião sobre a institucionalização como a melhor opção

Atendendo ao gráfico concluiu-se que a maioria dos familiares inquiridos, 87,7% (n= 93) defendia que a institucionalização foi a melhor opção para a família, assim como 90,6% (n= 96) defendia que foi a melhor opção para o idoso.

#### 4.2- Caracterização da Avaliação Familiar

Na segunda parte do formulário, os familiares foram inquiridos sobre o seu papel na vida do idoso, o número de visitas efetuadas, o hábito de levar o idoso a casa em épocas festivas e não festivas e a sua perceção sobre união familiar. Foram também aplicadas as escalas APGAR Familiar de Smilkstein e FACES II. Na tabela 2 apresentam-se as respostas obtidas.

Tabela 2 – Caracterização da amostra segunda a avaliação familiar

Variáveis familiares	Opções de resposta	n	%
A sua família é unida	Não	27	25,5
	Sim	79	74,5
		106	100
Tem um papel ativo e interativo na vida do seu familiar institucionalizado	Não	10	9,4
	Sim	96	90,4
		106	100
Quantas vezes visita o seu familiar	A cada seis meses	15	14,2
	Uma vez por mês	26	24,5
	A cada 15 dias	37	34,9
	1 a 2 vezes por semana	25	23,6
	Todos os dias	3	2,8
		106	100
Nos dias festivos leva o seu familiar para casa	Nunca	25	23,6
	Raramente	16	15,1
	Poucas vezes	9	8,5
	Às vezes	26	24,5
	Sempre	30	28,3
		106	100
Tem por hábito levar o seu familiar para casa sem ser nos dias festivos	Não	52	49,1
	Sim	54	50,9
		106	100
O estado de dependência física do idoso interfere com as vezes que o leva para casa	Não	69	65,1
	Sim	37	34,9
		106	100
APGAR familiar	Família com disfunção acentuada	9	8,5
	Família moderadamente disfuncional	46	43,4
	Família altamente funcional	51	48,1
		106	100
Coesão	Desmembrada	7	6,6
	Separada	36	34,0
	Ligada	57	53,8
	Muito ligada	6	5,7
		106	100
Adaptabilidade	Rígida	4	3,8
	Estruturada	47	44,3
	Flexível	50	47,2
	Muito flexível	5	4,7
		106	100
Tipo de família	Extrema	4	3,8
	Meio termo	45	42,5
	Equilibrada	51	48,1
	Muito equilibrada	6	5,7
		106	100

n- frequência absoluta; % - frequência relativa;

Atendendo ao apresentado na tabela 2 tem-se que a maioria dos inquiridos percecionava a sua família como unida (74,5%), sente que tem um papel ativo e interativo na vida do seu familiar institucionalizado (90,4%), tende a visitar o seu familiar institucionalizado pelo menos duas vezes por mês (61,3%), leva sempre o seu familiar para casa em dias festivos (28,3%), leva o familiar para casa mesmo sem ser nos dias festivos (50,9%) e que o estado de dependência física do seu familiar idoso institucionalizado não interfere com a frequência com que o leva para casa (65,1%).

Pela aplicação do APGAR familiar concluiu-se que 51,9% dos familiares inquiridos percecionavam a sua família como disfuncional (nove famílias tinham disfunção acentuada) e 48,1% percecionavam as suas famílias como altamente funcionais.

Por aplicação da escala de FACES II verificou-se que a maioria dos familiares inquiridos percecionava a sua família, ao nível da coesão, como ligada (53,8%), seguida de separada (34,0%), desmembrada (6,6%) e muito ligada (5,7%). Ao nível da adaptabilidade, a maioria percecionava a sua família como flexível (47,3%), seguida de estruturada (44,3%), muito flexível (4,7%) e rígida (3,8%). Os valores obtidos permitiram classificar a perceção do tipo de família, na perceção dos familiares inquiridos, como, na sua maioria, equilibradas (48,5%), seguida de meio termo (42,5%), muito equilibrada (5,7%) e extrema (3,8%).

### **4.3-Teste de Hipóteses**

Neste ponto pretendemos responder às hipóteses formuladas para esta investigação.

Para realizar a inferência estatística necessária para responder aos objetivos e hipóteses em estudo foi efetuada uma reestruturação das variáveis uma vez que algumas categorias das mesmas tinham poucas observações.

Assim sendo, na funcionalidade familiar considerou-se disfuncional, as famílias com disfunção acentuada e famílias com disfunção moderada versus as famílias classificadas como altamente funcionais. na coesão familiar desmembrada/separada versus ligada/Muito, ligada; na adaptabilidade familiar rígida/estruturada versus flexível/Muito, flexível; no tipo de família extrema/meio termo versus equilibrada/Muito Equilibrada; nas habilitações até 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior; ideia da

institucionalização; do próprio, família nuclear e outros; número de visitas: no máximo 1 vez ao mês, duas vezes ao mês e pelo menos 1 vez na semana.

Nas tabelas 3, 4, 5 e 6 apresentou-se os resultados dos cruzamentos das variáveis: funcionalidade familiar, coesão familiar, adaptabilidade familiar e tipo de família com outras variáveis para assim responder aos objetivos e hipóteses.

Uma vez que existe um número extenso de hipóteses propostas a testar estatisticamente foram agrupadas as variáveis de investigação: Funcionalidade Familiar, Coesão, Adaptabilidade e Tipo de Família e com restantes variáveis de caracterização descritas nas hipóteses de forma a simplificar a leitura dos dados obtidos e a compreensão dos mesmos. As mesmas estão traduzidas em 4 tabelas em que serão analisadas individualmente.

#### **4.3.1- Funcionamento familiar**

Assim relativamente às hipóteses que relacionam a funcionalidade familiar com outras variáveis temos:

H1: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a Coesão família.

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a adaptabilidade familiar.

H3: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o Tipo de família.

H4: Existe relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a funcionalidade familiar.

H5: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e a funcionalidade familiar.

H7: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H11: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para a família

H13: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a ideia de Institucionalização partiu de quem.

H15: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado.

H19: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H22: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e percepção de família unida.

H26: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas.

Segue a tabela 3 que irá refletir sobre os resultados da funcionalidade familiar com as restantes variáveis.

Tabela 3- Relação entre a funcionalidade familiar (APGAR Familiar) e a coesão familiar, adaptabilidade familiar, tipo de família, habilitações literárias, grau de parentesco, a institucionalização é a melhor opção para idoso, a institucionalização é a melhor opção para família, Ideia da institucionalização, número de visitas, papel ativo na vida do idoso, hábito de levar o familiar para casa e percepção de família unida.

Variáveis	Respostas	Funcionalidade familiar				Total		X <sup>2</sup> (p)
		Disfuncional		Funcional		n	%	
		n	%	n	%			
Coesão familiar	Desmembrada/ Separada	40	72,7	3	5,9	43	40,6	49,042* (0,000)
	Ligada/Muito Ligada	15	27,3	48	94,1	63	59,4	
	Total	55	100	51	100	106	100	
Adaptabilidade familiar	Rígida/ Estruturada	43	78,2	8	15,7	51	48,1	41,400* (0,000)
	Flexível/Muito Flexível	12	21,8	43	84,3	55	51,9	
	Total	55	100	51	100	106	100	
Tipo família	Extrema/ Meio termo	44	80,0	5	9,8	49	46,2	52,456* (0,000)
	Equilibrada/ Muito Equilibrada	11	20,0	46	90,2	57	53,8	
	Total	55	100	51	100	106	100	
Habilitações Literárias	Até 3º ciclo	34	61,8	23	45,1	57	53,8	3,426 (0,180)
	Ensino secundário	14	25,5	16	31,4	30	28,3	
	Ensino superior	7	12,7	12	23,5	19	17,9	
	Total	55	100	51	100	106	100	
Grau parentesco	Filho/a	38	69,1%	43	84,3%	81	76,4%	3,403 (0,072)
	Outros	17	30,9%	8	15,7%	25	23,6%	
	Total	55	100	51	100	106	100	
A institucionalização é a melhor opção para idoso	Não	4	7,3	6	11,8	10	9,4	0,625 <sup>a</sup> (0,516)
	Sim	51	92,7	45	88,2	96	90,6	
	Total	55	100	51	100	106	100	

<b>A institucionalização é a melhor opção para família</b>	Não	10	18,2	3	5,9	13	12,3	3,720 (0,075)
	Sim	45	81,8	48	94,1	93	87,7	
	Total	55	100	51	100	106	100	
<b>Ideia da institucionalização</b>	Do próprio	7	12,7	9	17,6	16	15,1	4,573 (0,102)
	Família nuclear	39	70,9	40	78,4	79	74,5	
	Outros	9	16,4	2	3,9	11	10,4	
	Total	55	100	51	100	106	100	
<b>Nº de visitas</b>	No máximo 1 vez mês	30	54,5%	11	21,6%	41	38,7%	20,498* (0,000)
	Duas vezes mês	20	36,4%	17	33,3%	37	34,9%	
	Pelo menos 1 vez semana	5	9,1%	23	45,1%	28	26,4%	
	Total	55	100	51	100	106	100	
<b>Papel ativo na vida do idoso</b>	Não	9	16,4	1	2,0	10	9,4	6,425** (0,017)
	Sim	46	83,6	50	98,0	96	90,6	
	Total	55	100	51	100	106	100	
<b>Hábito levar familiar para casa</b>	Não	37	67,3	15	29,4	52	49,1	15,178* (0,000)
	Sim	18	32,7	36	70,6	54	50,9	
	Total	55	100	51	100	106	100	
<b>Família unida</b>	Não	27	49,1	0	0,0	27	25,5	35,593* (0,000)
	Sim	28	50,9	51	100,0	79	74,5	
	Total	55	100	51	100	106	100	

X<sup>2</sup> (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);<sup>a</sup> – utilização do teste exato de Fisher

Atendendo à tabela 3 comprovam-se as seguintes Hipóteses:

**H1: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a Coesão familiar.**

Relativamente à coesão familiar, 72,7% das famílias disfuncionais são desmembradas/separadas, um valor significativamente alto comparado aos 5,9% dos familiares de famílias funcionais. Por outro lado, 94,1% das famílias funcionais são ligadas, um valor muito superior aos 27,3% das famílias disfuncionais, totalizando 59,4% das famílias ligadas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 49,042$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a coesão.

**H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a adaptabilidade familiar.**

Quanto à adaptabilidade familiar, 78,2% das disfuncionais são rígidas/estruturadas, enquanto apenas 15,7% das famílias funcionais estão nesta categoria. Em contraste, 84,3% das famílias funcionais são flexíveis, comparado a 21,8% das disfuncionais, totalizando 51,9% das famílias flexíveis. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 41,400$ ;

$p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a adaptabilidade familiar.

**H3: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o Tipo de família.**

No que diz respeito ao tipo de família, 80% das disfuncionais estão na categoria extrema/meio termo, em comparação com apenas 9,8% das funcionais. Por outro lado, 90,2% das famílias funcionais são equilibradas, comparado a 20% das disfuncionais, resultando em 53,8% das famílias equilibradas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 52,456$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o tipo de família. Assim as famílias Equilibradas são também as que apresentam maior funcionalidade.

**H15: Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado**

A frequência de visitas varia significativamente, com 54,5% dos familiares de famílias disfuncionais a visitar no máximo 1 vez por mês, comparado a 21,6% dos familiares de famílias funcionais. Pelo menos 1 vez por semana é a frequência de 9,1% dos familiares das famílias disfuncionais e 45,1% dos familiares de famílias funcionais. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 20,498$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o número de visitas. Assim os familiares que apresentavam maior número de visitas ao idoso, pelo menos 1 vez por semana, são as que apresentam também melhor funcionalidade familiar

**H19: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.**

A maioria tem um papel ativo na vida do idoso (90,6%), com maior destaque para os familiares de famílias funcionais, daí que pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 6,425$ ;  $p < 0,05$ ) se concluía que a funcionalidade familiar esteja significativamente associada ao papel ativo na vida do idoso.

**H26: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas.**

Sobre o hábito de levar o familiar para casa, 67,3% dos familiares de famílias disfuncionais não o fazem, enquanto 70,6% dos familiares de famílias funcionais fá-lo. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 15,178$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o hábito de levar o familiar para casa.

**H22: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e percepção de família unida.**

Finalmente, 50,9% dos familiares de famílias disfuncionais consideram a família unida, em comparação com 100% dos familiares de famílias funcionais. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 35,593$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a percepção de família unida.

Das restantes hipóteses formuladas sobre a Funcionalidade familiar, não foi possível comprovar estatisticamente as seguintes hipóteses:

**H4: Existe relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a funcionalidade familiar.**

Tentou-se comprovar uma relação estatística entre a funcionalidade familiar e as habilitações literárias dos familiares sendo que, as habilitações literárias mostram que a maioria tem até o 3º ciclo (53,8%), seguido pelo ensino secundário (28,3%) e ensino superior (17,9%). Pelo teste do qui-quadrado verifica-se que não existe associação significativa entre a funcionalidade familiar e as habilitações literárias ( $X^2 = 3,426$ ;  $p = 0,180$ ). Não sendo esta Hipótese válida.

**H5: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e a funcionalidade familiar.**

Relativamente ao grau de parentesco e a funcionalidade familiar, a maioria é filho/a (76,4%), com maior proporção entre nas famílias funcionais em comparação com as famílias disfuncionais. Outros parentes representam 23,6%, com maior representação entre as famílias disfuncionais. Pelo teste do qui-quadrado verifica-se que não existe associação significativa entre a funcionalidade familiar e o grau de parentesco ( $X^2 = 3,403$ ;  $p = 0,072$ ). Não validamos assim esta hipótese.

**H7: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.**

Sobre a opinião da institucionalização para o idoso, a maioria acredita que é a melhor opção (90,6%), não estando esta significativamente associada à funcionalidade familiar.

**H11: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e considera a institucionalização a melhor opção para a família**

Similarmente, a opinião sobre a institucionalização para a família mostra que a maioria acredita que é a melhor opção (87,7%), não estando também significativamente associada à funcionalidade familiar.

**H13: Há relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e a ideia de institucionalização partiu de quem.**

A ideia da institucionalização é principalmente sugerida pela família nuclear (74,5%), com menores percentuais vindos do próprio idoso (15,1%) e de outros (10,4%). Pelo teste do qui-quadrado verifica-se que não existe associação significativa entre a funcionalidade familiar e a ideia da institucionalização ( $X^2 = 4,573$ ;  $p = 0,102$ ). Sendo esta hipótese não validada.

#### **4.3.2- Coesão Familiar**

Foram agrupadas a variável da Coesão Familiar e com restantes variáveis descritas nas hipóteses abaixo de forma a simplificar a leitura dos dados obtidos e compreensão dos mesmos.

Assim relativamente às hipóteses que relacionam a Coesão familiar com outras variáveis temos:

H8: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H16: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado.

H20: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H23: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e percepção de família unida.

H27: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas.

H28: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e a adaptabilidade familiar.

H29: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o tipo de família, na tabela 4 procede-se à caracterização da variável coesão familiar com as restantes variáveis formuladas nas hipóteses anteriores.

Tabela 4 – Relação entre a Coesão Familiar e adaptabilidade familiar, o tipo de família, as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para a família e para o idoso, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo, o hábito de levar a casa e a perceção de família unida.

Variáveis	Respostas	Coesão familiar				Total		X <sup>2</sup> (p)
		Desmembrada/ Separada		Ligada		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Adaptabilidade familiar</b>	Rígida/ Estrutturada	40	93,0	11	17,5	51	48,1	58,452 (0,000)
	Flexível	3	7,0	52	82,5	55	51,9	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Tipo família</b>	Extrema/ Meio termo	41	95,3	8	12,7	49	46,2	70,232 (0,000)
	Equilibrada	2	4,7	55	87,3	57	53,8	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Habilitações Literárias</b>	Até 3º ciclo	27	62,8	30	47,6	57	53,8	2,592 (0,274)
	Ensino secundário	9	20,9	21	33,3	30	28,3	
	Ensino superior	7	16,3	12	19,0	19	17,9	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Grau parentesco</b>	Filho/a	31	72,1	50	79,4	81	76,4	0,750 (0,486)
	Outros	12	27,9	13	20,6	25	23,6	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>A institucionalização é a melhor opção para idoso</b>	Não	5	11,6	5	7,9	10	9,4	0,408 <sup>a</sup> (0,522)
	Sim	38	88,4	58	92,1	96	90,6	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>A institucionalização é a melhor opção para família</b>	Não	9	20,9	4	6,3	13	12,3	5,050 (0,025)
	Sim	34	79,1	59	93,7	93	87,7	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Ideia da institucionalização</b>	Do próprio	6	14,0	10	15,9	16	15,1	2,711 (0,258)
	Família nuclear	30	69,8	49	77,8	79	74,5	
	Outros	7	16,3	4	6,3	11	10,4	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Nº de visitas</b>	No máximo 1 vez mês	27	62,8	14	22,2	41	38,7	17,737 (0,000)
	Duas vezes mês	9	20,9	28	44,4	37	34,9	

	Pelo menos 1 vez semana	7	16,3	21	33,3	28	26,4	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Papel ativo na vida do idoso</b>	Não	9	20,9	1	1,6	10	9,4	11,191 <sup>a</sup> (0,001)
	Sim	34	79,1	62	98,4	96	90,6	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Hábito levar familiar para casa</b>	Não	29	67,4	23	36,5	52	49,1	9,786 (0,002)
	Sim	14	32,6	40	63,5	54	50,9	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	
<b>Família unida</b>	Não	27	62,8	0	0,0	27	25,5	53,078 (0,000)
	Sim	16	37,2	63	100,0	79	74,5	
	Total	43	100,0	63	100,0	106	100,0	

X<sup>2</sup> (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);<sup>a</sup> – utilização do teste exato de Fisher

### **H28: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e a adaptabilidade familiar.**

Atendendo à tabela 4 observa-se que em termos de adaptabilidade familiar, 93,0% dos familiares em coesão desmembrada/separada são do tipo rígido/estruturada, um valor significativamente alto comparado aos 17,5% dos familiares de coesão ligada. Por outro lado, 82,2% dos familiares de coesão ligada são de famílias flexíveis, um valor muito superior aos 7,0% dos familiares de famílias desmembradas/separadas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 58,452$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre coesão e adaptabilidade familiar. Assim, as famílias que apresentam uma adaptabilidade de familiar flexível apresentam também maior valor de coesão sendo consideradas quanto à coesão de Ligadas.

### **H29: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o tipo de família.**

No que diz respeito ao tipo de família, 95,3% dos familiares de famílias desmembradas/separadas estão na categoria extrema ou meio termo, em comparação com apenas 12,7% dos familiares de famílias ligadas. Por outro lado, 87,3% das famílias ligadas são equilibradas, comparado a 4,7% das famílias desmembradas/separadas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 70,232$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o tipo de família. As famílias que apresentam uma coesão de ligadas são também consideradas famílias quanto ao tipo de equilibradas.

**H16: Existe relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o número de visitas realizados ao idoso institucionalizado.**

A frequência de visitas varia significativamente, com 62,8% dos familiares de famílias desmembradas/separadas a visitar no máximo 1 vez por mês, comparado a 22,2% dos familiares de famílias ligadas. Pelo menos 1 vez por semana é a frequência de 16,1% dos familiares das famílias desmembradas/separadas e 33,3% dos familiares de famílias ligadas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 17,737$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o número de visitas. Assim as famílias que apresentam uma coesão de ligada apresentam número de visitas quinzenal aos seus familiares.

**H20: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.**

A maioria tem um papel ativo na vida do idoso (90,6%), com maior destaque para os familiares de famílias ligadas, daí que pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 11,191$ ;  $p < 0,01$ ) concluí-se que a coesão familiar esteja significativamente associada ao papel ativo na vida do idoso.

**H27: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas.**

Sobre o hábito de levar o familiar para casa, 67,4% dos familiares de famílias desmembradas/separadas não o fazem, enquanto 63,5% dos familiares de famílias ligadas fá-lo. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 9,786$ ;  $p < 0,01$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e o hábito de levar o familiar para casa.

**H23: Há relação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e percepção de família unida.**

Finalmente, 62,8% dos familiares de famílias desmembradas/separadas consideram a família unida, em comparação com 100% dos familiares de famílias ligadas. Pelo teste

do qui-quadrado ( $X^2 = 53,078$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a coesão familiar e a percepção de família unida.

Tentou-se perceber se existia também relação estatística entre a coesão familiar e as habilitações literárias dos familiares, o grau de parentesco, a opinião sobre a institucionalização para o idoso e para a família e conclui-se que:

Sobre a opinião da institucionalização para o idoso, esta não está significativamente associada à coesão familiar. Relativamente à opinião sobre a institucionalização para a família esta está significativamente associada à coesão familiar ( $X^2 = 5,050$ ;  $p < 0,05$ ). A ideia da ideia da institucionalização não apresenta associação significativa entre a coesão familiar ( $X^2 = 2,711$ ;  $p = 0,258$ ).

Relativamente às habilitações literárias concluiu-se pelo teste do qui-quadrado que não existe associação significativa entre a coesão familiar e as habilitações literárias ( $X^2 = 2,592$ ;  $p = 0,274$ ).

Em termos de grau de parentesco, tem-se pelo teste do qui-quadrado que não existe associação significativa entre a coesão familiar e o grau de parentesco ( $X^2 = 0,750$ ;  $p = 0,486$ ).

#### **4.3.3- Adaptabilidade familiar**

Relativamente à adaptabilidade familiar elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H9: Há relação estatisticamente significativa entre a Adaptabilidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H18: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e a ideia de Institucionalização partiu de quem.

H21: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado.

H24: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e percepção de família unida.

H30: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o tipo de família.

H31: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e as habilitações literárias dos familiares.

H32: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco do idosos e adaptabilidade familiar.

H33: Existe relação estatisticamente significativa entre o número de visitas e a adaptabilidade familiar.

H34: Existe relação estatisticamente significativa entre levar o idoso a casa e a adaptabilidade familiar.

A tabela 5 relaciona a adaptabilidade com as restantes variáveis, como o tipo de família, habilitações literárias, Grau de parentesco com o idoso, a institucionalização é melhor opção para o idoso e para a família, com a ideia da institucionalização partiu de quem, com o número de visitas com o papel ativo na vida do idoso, com o hábito de levar a casa e com a percepção de família unida.

Iremos analisar se existe relação estatística entre as hipóteses enunciadas e restantes variáveis em estudo.

Tabela 5 – Relação entre a Adaptabilidade Familiar e o tipo de família, as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para a família e para o idoso, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo na vida do idoso, o hábito de levar a casa e a percepção de família unida.

Variáveis	Respostas	Adaptabilidade familiar				Total		X <sup>2</sup> (p)
		Rígida/ Estruturada		Flexível		n	%	
		n	%	n	%			
Tipo família	Extrema/ Meio termo	48	94,1	1	1,8	49	46,2	90,691 (0,000)
	Equilibrada	3	5,9	54	98,2	57	53,8	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
Habilitações Literárias	Até 3º ciclo	30	58,8	27	49,1	57	53,8	2,196 (0,334)
	Ensino secundário	11	21,6	19	34,5	30	28,3	
	Ensino superior	10	19,6	9	16,4	19	17,9	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
Grau parentesco	Filho/a	35	68,6	46	83,6	81	76,4	3,308 (0,108)
	Outros	16	31,4	9	16,4	25	23,6	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
	Não	5	9,8	5	9,1	10	9,4	0,016 <sup>a</sup>
	Sim	46	90,2	50	90,9	96	90,6	(0,998)

<b>A institucionalização é a melhor opção para idoso</b>	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>A institucionalização é a melhor opção para família</b>	Não	8	15,7	5	9,1	13	12,3	1,070 (0,301)
	Sim	43	84,3	50	90,9	93	87,7	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>Ideia da institucionalização</b>	Do próprio	5	9,8	11	20,0	16	15,1	6,880 (0,032)
	Família nuclear	37	72,5	42	76,4	79	74,5	
	Outros	9	17,6	2	3,6	11	10,4	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>Nº de visitas</b>	No máximo 1 vez mês	27	52,9	14	25,5	41	38,7	8,458 (0,015)
	Duas vezes mês	14	27,5	23	41,8	37	34,9	
	Pelo menos 1 vez semana	10	19,6	18	32,7	28	26,4	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>Papel ativo na vida do idoso</b>	Não	9	17,6	1	1,8	10	9,4	7,760 <sup>a</sup> (0,007)
	Sim	42	82,4	54	98,2	96	90,6	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>Hábito levar familiar para casa</b>	Não	36	70,6	16	29,1	52	49,1	18,234 (0,000)
	Sim	15	29,4	39	70,9	54	50,9	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	
<b>Família unida</b>	Não	26	51,0	1	1,8	27	25,5	33,691 (0,000)
	Sim	25	49,0	54	98,2	79	74,5	
	Total	51	100,0	55	100,0	106	100,0	

X<sup>2</sup> (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);<sup>a</sup> – utilização do teste exato de Fisher

### **H30: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o tipo de família.**

Atendendo à tabela 5 observa-se no que diz respeito ao tipo de família, 94,1% dos familiares de famílias rígidas/estruturadas estão na categoria extrema ou meio termo, em comparação com apenas 1,8% dos familiares de famílias flexíveis. Por outro lado, 98,2% das famílias flexíveis são equilibradas, comparado a 5,9% das famílias rígidas/estruturadas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 90,691$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o tipo de família.

### **H31: Existe relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e as habilitações literárias dos familiares.**

Relativamente às habilitações literárias concluiu-se pelo teste do qui-quadrado que não existe associação significativa entre a adaptabilidade familiar e as habilitações literárias ( $X^2 = 2,196$ ;  $p = 0,334$ ).

**H32: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco do idosos e adaptabilidade familiar.**

Em termos de grau de parentesco, tem-se pelo teste do qui-quadrado que não existe associação significativa entre a adaptabilidade familiar e o grau de parentesco ( $X^2 = 3,308$ ;  $p = 0,108$ ).

**H9: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.**

Sobre a opinião da institucionalização para o idoso, esta não está significativamente associada à adaptabilidade familiar.

Relativamente à opinião sobre a institucionalização para a família esta não está significativamente associada à adaptabilidade familiar.

**H18: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e a ideia de institucionalização partiu de quem.**

A ideia da institucionalização apresenta associação significativa com a adaptabilidade familiar ( $X^2 = 6,880$ ;  $p < 0,05$ ).

**H33: Existe relação estatisticamente significativa entre o número de visitas e a adaptabilidade familiar.**

A frequência de visitas varia significativamente, com 52,9% dos familiares de famílias rígidas/estruturadas a visitar no máximo 1 vez por mês, comparado a 25,5% dos familiares de famílias flexíveis. Pelo menos 1 vez por semana é a frequência de 19,6% dos familiares das famílias rígidas/estruturadas e 32,7% dos familiares de famílias flexíveis. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 18,234$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o número de visitas. Assim as famílias classificadas como flexíveis apresentam número de visitas quinzenais aos seus familiares.

**H21: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar institucionalizado.**

A maioria tem um papel ativo na vida do idoso (90,6%), com maior destaque para os familiares de famílias flexíveis, daí que pelo teste exato de Fisher ( $X^2 = 7,760$ ;  $p < 0,01$ ) se conclua que a adaptabilidade familiar esteja significativamente associada ao papel ativo na vida do idoso.

**H34: Existe relação estatisticamente significativa entre levar o idoso a casa e a adaptabilidade familiar.**

Sobre o hábito de levar o familiar para casa, 70,6% dos familiares de famílias rígidas/estruturadas não o fazem, enquanto 70,9% dos familiares de famílias flexíveis fá-lo. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 18,234$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e o hábito de levar o familiar para casa.

**H24: Há relação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e percepção de família unida.**

Finalmente, 49,0% dos familiares de famílias rígidas/estruturadas consideram a família unida, em comparação com 98,2% dos familiares de famílias flexíveis. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 53,078$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e a percepção de família unida.

#### **4.3.4- Tipo de Família**

O tipo de família é resultado da avaliação da coesão familiar e da adaptabilidade familiar, assim foram elaboradas algumas hipóteses de forma a relacionar o tipo de família com restantes variáveis.

H6: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e o tipo de família.

H10: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso.

H12: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e considera a Institucionalização a melhor opção para a família.

H14: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e a ideia de

Institucionalização partiu de quem.

H17: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de Família e o número de visitas realizadas ao idoso institucionalizado.

H25: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e percepção de família unida.

H35: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e a família ter um papel ativo na vida do idoso.

H36: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e levarem o idoso para casa.

Ao cruzar as variáveis obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 6 – Relação entre o tipo de família e as habilitações literárias, o grau de parentesco, a institucionalização como melhor opção para o idoso e para a família, a ideia da institucionalização, o número de visitas, o desempenho de um papel ativo, o hábito de levar a casa, e a percepção de família unida.

Variáveis	Respostas	Tipo família				Total		X <sup>2</sup> (p)
		Extrema/ Meio termo		Equilibrada		n	%	
		n	%	n	%			
<b>Habilitações Literárias</b>	Até 3º ciclo	29	59,2	28	49,1	57	53,8	1,609 (0,447)
	Ensino secundário	11	22,4	19	33,3	30	28,3	
	Ensino superior	9	18,4	10	17,5	19	17,9	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Grau parentesco</b>	Filho/a	34	69,4	47	82,5	81	76,4	2,497 (0,114)
	Outros	15	30,6	10	17,5	25	23,6	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>A institucionalização é a melhor opção para idoso</b>	Não	5	10,2	5	8,8	10	9,4	0,063 <sup>a</sup> (0,802)
	Sim	44	89,8	52	91,2	96	90,6	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>A institucionalização é a melhor opção para família</b>	Não	9	18,4	4	7,0	13	12,3	3,154 (0,135)
	Sim	40	81,6	53	93,0	93	87,7	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Ideia da institucionalização</b>	Do próprio	6	12,2	10	17,5	16	15,1	6,419 (0,040)
	Família nuclear	34	69,4	45	78,9	79	74,5	
	Outros	9	18,4	2	3,5	11	10,4	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Nº de visitas</b>	No máximo 1 vez mês	27	55,1	14	24,6	41	38,7	11,910 (0,000)
	Duas vezes mês	15	30,6	22	38,6	37	34,9	
	Pelo menos 1 vez semana	7	14,3	21	36,8	28	26,4	

	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Papel ativo na vida do idoso</b>	Não	9	18,4	1	1,8	10	9,4	8,511 <sup>a</sup> (0,005)
	Sim	40	81,6	56	98,2	96	90,6	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Hábito levar familiar para casa</b>	Não	34	69,4	18	31,6	52	49,1	15,072 (0,000)
	Sim	15	30,6	39	68,4	54	50,9	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	
<b>Família unida</b>	Não	27	55,1	0	0,0	27	25,5	42,143 (0,000)
	Sim	22	44,9	57	100,0	79	74,5	
	Total	49	100,0	57	100,0	106	100,0	

X<sup>2</sup> (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova);<sup>a</sup> – utilização do teste exato de Fisher

Atendendo à tabela podemos afirmar que:

**H6: Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de parentesco com o idoso e o Tipo de família.**

Em termos de grau de parentesco, tem-se pelo teste do qui-quadrado que não existe associação significativa entre o tipo de família e o grau de parentesco ( $X^2 = 2,497$ ;  $p = 0,114$ ).

**H10: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e considera a institucionalização a melhor opção para o Idoso.**

Sobre a opinião da institucionalização para o idoso, esta não está significativamente associada ao tipo de família.

**H12: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e considera a institucionalização a melhor opção para a família.**

Relativamente à opinião sobre a institucionalização para a família esta não está significativamente associada ao tipo de família.

**H14: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e a ideia de institucionalização partiu de quem.**

A ideia da institucionalização apresenta associação significativa com o tipo de família ( $X^2 = 6,419$ ;  $p < 0,05$ ). Assim o tipo de família Equilibrada refere que a ideia de institucionalização partiu da família nuclear.

**H17: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de Família e o número de visitas realizadas ao idoso institucionalizado.**

A frequência de visitas varia significativamente, com 55,1% dos familiares de famílias extremas/meio termo a visitar no máximo 1 vez por mês, comparado a 24,6% dos familiares de famílias equilibradas. Pelo menos 1 vez por semana é a frequência de 14,3% dos familiares das famílias extremas/meio termo e 36,7% dos familiares de famílias equilibradas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 11,910$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de família e o número de visitas. Assim as famílias classificadas como equilibradas apresentam maior número de visitas ao idoso.

**H35: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e a família ter um papel ativo na vida do idoso.**

A maioria tem um papel ativo na vida do idoso (90,6%), com maior destaque para os familiares de famílias equilibradas, daí que pelo teste exato de Fisher ( $X^2 = 8,511$ ;  $p < 0,01$ ) se concluiu que o tipo de família esteja significativamente associado ao papel ativo na vida do idoso.

**H36: Existe relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e levarem o idoso para casa.**

Sobre o hábito de levar o familiar para casa, 69,4% dos familiares de famílias extremas/meio termo não o fazem, enquanto 68,4% dos familiares de famílias equilibradas fá-lo. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 15,072$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de família e o hábito de levar o familiar para casa.

**H25: Há relação estatisticamente significativa entre o tipo de família e percepção de família unida.**

Finalmente, 44,9% dos familiares de famílias extremas/meio termo consideram a família unida, em comparação com 100% dos familiares de famílias equilibradas. Pelo teste do qui-quadrado ( $X^2 = 42,143$ ;  $p < 0,001$ ) concluiu-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de família e a percepção de família unida.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da amostra de 106 familiares de idosos institucionalizados, apurou-se que a maioria das visitas aos idosos eram realizadas por mulheres 57.5% em comparação com 42.5% que eram homens. Alguns estudos referem que recai sobre as mulheres o aspeto de cuidar, no que respeita aos cuidados aos idosos. Ferreira et. al., (2018) dizem-nos que ao longo dos anos cabia às mulheres cuidar dos familiares mais idosos, interpretando um papel central nestes cuidados, servindo como fonte de apoio emocional e físico, nessa fase da vida. A nível cultural e social ainda nos dias de hoje os cuidados recaem maioritariamente sobre as filhas, esposas e netas dos idosos. Este aspeto tem na sua origem fatores tradicionais e as próprias relações familiares. Assim o facto de existirem mais visitas aos familiares realizadas pelo sexo feminino pode estar relacionada com este aspeto do cuidado pré institucionalização.

A maioria das visitas eram realizadas pelos filhos dos idosos (76.4%) seguido do cônjuge ou companheiros (5.7%). As visitas recorriam na sua maioria a cada 15 dias (34.9%), seguido de uma vez por mês (24.5%) e de uma a duas vezes por semana (23.6%). De acordo com Carneiro (2012) os filhos realizavam em maior percentagem as visitas aos idosos institucionalizados, no entanto ao contrário deste estudo as visitas ocorriam 1 a 2 vezes por semana na sua maioria, este facto pode estar relacionado com vários fatores como aspetos geográficos e disponibilidade laboral. A maioria dos inquiridos referiu trabalhar por conta de outrem (56,6%) podendo este ser um fator que condiciona a disponibilidade para visitar o seu familiar institucionalizado. As faixas etárias dos familiares inquiridos rondavam os 59-78 anos de idade na sua maioria seguida de 38-58 anos de idade. Sendo maioritariamente indivíduos casados, com o ensino secundário (28,3%), seguido do 1º ciclo (18,9%) e o 9º ano (18,9%). Trabalhavam na sua maioria por conta de outrem (56,6%) e residiam na sua maioria em meios urbanos (65.1%). Antes da institucionalização, os idosos viviam na sua maioria com a sua família nuclear filhos e/ou cônjuge (55,7%) comparativamente com 40,6% que residiam sozinhos. Também no estudo de Moura et al. (2012) a maioria dos idosos (73%) residiam com a sua família antes da institucionalização.

Neste estudo, a ideia de institucionalização partiu na sua maioria dos filhos e cônjuge (74%), seguido de vontade própria do idoso (15,1%). Recaindo as principais razões na vigilância e acompanhamento dos idosos (83%) e a seguir a dependência física do mesmo

(40,5%). De acordo com Almeida e Rodrigues (2008), Fragoso (2008) e Perlini, et al., (2007) os fatores que mais pesam e orientam para a institucionalização dos idosos são o facto de viverem sozinhos por morte do cônjuge, o isolamento por falta de suporte social que lhes preste cuidados e a ausência de rede de interação que facilite tanto a sua integração social, quanto familiar. A existência de conflitos entre o idoso e os restantes membros da família, e a falta de condições habitacionais podem também ser razões para a institucionalização. No entanto, a maioria é institucionalizada pela sua incapacidade motora e/ou cognitiva e limitações na realização das AVD.

Na sua maioria, os familiares inquiridos acreditavam que a institucionalização foi a melhor opção para a família (87,7%) e para o idoso (90,6%). A institucionalização de idosos é uma decisão complexa e multifacetada. Alguns familiares acreditam que é a melhor opção quando não conseguem dar uma resposta às necessidades específicas dos idosos em casa. Pinquart e Sörensen (2006) referem que a institucionalização é benéfica para a família e traz benefícios também para o idoso, na medida em que o mesmo irá receber na instituição cuidados especializados, que lhe garantam segurança, supervisão e acompanhamento. Além disso, beneficia da oportunidade de combater a solidão e o isolamento, através da socialização com outros idosos e com a equipa multidisciplinar, participando em atividades desenvolvidas pela instituição. Todos estes aspetos são fatores de alívio para famílias que, não raras vezes, nomeadamente por compromissos laborais, não conseguem dar resposta às necessidades específicas dos idosos.

Quando questionados sobre a perceção de união familiar a maioria percecionou ter uma família unida (74,5%) e 90,4% referiu ter um papel ativo na vida do idoso. Nas idas a casa 28,3% referiu que levava sempre os idosos a casa nas épocas festivas e 23,6% que nunca levam. Observou-se uma maior probabilidade dos familiares inquiridos levarem os idosos a casa em épocas não festivas (50,9%) do que nas épocas festivas (28,3%). Quando questionados se a dependência física do idoso era uma das razões para não os levarem a casa, 65,1% respondeu que não. Machado (2020) diz-nos que é comum que os familiares gostem de levar os seus idosos institucionalizados para casa. Essa prática é uma forma de proporcionar momentos de convívio e carinho. Além disso, corroborando com Vieira (2016), reforça que ao proporcionarem ao idoso tempo em família, fortalecem o seu sentido de pertença e de casa, pelo que, muito embora possam estar institucionalizados, existe ainda um espaço físico e familiar que possam associar a lar. O envolvimento da família previne a sensação de isolamento e perda de identidade e reforça a sensação de

pertença, pelo que o reforço do vínculo familiar é essencial para a qualidade de vida do idoso na instituição.

Quanto à funcionalidade familiar 48,1% dos familiares inquiridos percecionava-se como famílias altamente funcionais e 43,4% como moderadamente funcionais. Percecionavam-se, ao nível da coesão, na sua maioria, como ligada (53,8%), 34% como separadas 6,6% como desmembrada (6.6%) e 5,7% como muito ligada. Na adaptabilidade, percecionaram-se como famílias flexíveis (47,2%) na sua maioria, seguida de famílias estruturadas (44,3%), sendo apenas 4,7% consideradas muito flexíveis e 3,8% rígidas. O tipo de família percecionada que mais se destacou neste estudo foram as famílias equilibradas (48.1%) seguidas das famílias de meio-termo (42.5%).

Relativamente às hipóteses formuladas, incidindo sobre as variáveis de investigação, funcionalidade familiar, coesão, adaptabilidade e tipo de família, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre estudos que pudessem reforçar os resultados obtidos na presente investigação. Assim, no que diz respeito à funcionalidade familiar, os resultados estatísticos demonstraram que os familiares que se percecionavam como famílias funcionais ou com moderada disfunção mostravam uma tendência clara de melhores índices de coesão e adaptabilidade sendo classificadas como famílias equilibradas e com união familiar. Andrade et al., (2011) assinalaram que a funcionalidade familiar influencia positivamente a qualidade de vida dos idosos e que, desta forma, famílias mais funcionais são também mais adaptáveis. De acordo com os estudos dos mesmos autores (2011) e de Santos et al., (2021), existe uma relação estatística entre a funcionalidade familiar e a coesão familiar. Estudos empíricos demonstram que a funcionalidade familiar e aspetos como interações entre os membros da família, afetividade, e regras entre os membros da família, estão fortemente correlacionados com a coesão familiar. Assim a coesão familiar refere-se ao grau de ligação emocional entre os membros da família, e uma boa funcionalidade familiar tende a promover uma maior coesão, resultando em relações mais harmoniosas e um ambiente familiar mais saudável.

Os resultados obtidos também demonstraram que familiares que percecionavam as suas famílias como funcionais apresentavam maior tendência para visitar o idoso, para o levar para casa e para ter um papel ativo na vida do mesmo. Enquanto que familiares que percecionavam as suas famílias com disfunção acentuada apresentavam resultados opostos, tendiam a ter estruturas familiares mais rígidas e menos coesas.

Relativamente à coesão familiar, podemos inferir, de acordo com os dados dos inquiridos, que os familiares de famílias ligadas mostravam uma tendência clara de melhores índices de adaptabilidade, percecionavam-se do tipo de família equilibrada e com união familiar. O estudo de Pires (2020) encontrou uma associação positiva entre a coesão familiar e o bem-estar, indicando que famílias mais coesas tendem a ter melhores relações e maior união. Assim famílias coesas desempenham um papel ativo na vida do idoso, revelam hábitos de levar o idoso para casa e maior frequência das visitas. A coesão familiar, que se refere à força dos laços e à qualidade das relações dentro da família, pode influenciar a frequência com que os membros da família visitam os idosos na instituição e os levam para casa. Carrilho (2023) e Carneiro (2012) enfatizam que a manutenção de relações próximas e coesas são fundamentais para o bem-estar do idoso na instituição e que a presença frequente dos familiares proporciona apoio emocional ao familiar institucionalizado

Os dados obtidos também permitem inferir que os familiares inquiridos que percecionam as suas famílias como desmembradas/separadas, tendiam a ter estruturas familiares mais rígidas e com menor interesse pelo idoso. Guerreiro et al., (2007) evidenciam que a estrutura familiar pode influenciar a dinâmica e o interesse pelos elementos mais velhos. Famílias com coesão desmembrada ou separadas muitas vezes encaram desafios adicionais, como a falta de coesão e apoio mútuo, o que pode resultar em estruturas mais rígidas e menos flexíveis.

Relativamente à funcionalidade familiar e à adaptabilidade familiar, Figueiredo (2023) diz-nos que a funcionalidade familiar se refere à capacidade da família em cumprir as suas funções de forma eficaz, e que a adaptabilidade familiar é a capacidade da família de se ajustar a mudanças e desafios. Neste estudo a mudança e desafio retrata-se na institucionalização de um membro da família. Nos resultados obtidos podemos afirmar que, no que se refere a adaptabilidade, os familiares com perceção de famílias flexíveis mostravam uma tendência clara de melhores índices de família equilibrada, união familiar, papel ativo na vida do idoso, hábito de levar o idoso para casa e frequência das visitas. O estudo de Machado (2008) sobre a aliança parental, coesão e adaptabilidade familiar, ao longo do ciclo vital da família, utilizou a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II) e deparou que a coesão e a adaptabilidade familiar estão relacionadas e variam, de maneira semelhante, ao longo do ciclo vital da família. Estas

duas variáveis alteram-se mediante as mudanças no ciclo vital da família, sendo que, famílias coesas tem maior capacidade de adaptação às mudanças que vão ocorrendo no ciclo vital da família. Com a institucionalização do idoso, neste estudo obteve-se uma percepção de coesão familiar maioritariamente ligada, associada a uma adaptabilidade familiar flexível, indo de encontro à teoria de Machado (2008). Segundo o mesmo (2008), as famílias com maior flexibilidade (adaptabilidade), tendem a ser mais adaptáveis e capazes de responder melhor às mudanças e necessidades dos seus membros, incluindo os idosos.

No presente estudo percebeu-se também que famílias que apresentam uma coesão familiar desmembrada ou separada apresentam também uma adaptabilidade rígida ou estruturada, não possuindo o hábito de levar o seu familiar a casa, nem a percepção de família unida.

Machado (2008) observou que famílias que apresentam uma adaptabilidade rígida ou estruturada vulgarmente apresentam uma organização familiar mais inflexível, onde as regras e papéis são estritamente definidos e pouco flexíveis, o que por norma resulta numa menor capacidade de adaptação às necessidades dos membros mais velhos da família, como os idosos.

Quanto ao tipo de família, conclui-se que os familiares que percecionavam as suas famílias como equilibradas mostravam uma tendência clara de melhores índices de união familiar, papel ativo na vida do idoso, hábito de levar o idoso para casa e frequência das visitas.

De acordo com Andrade et al., (2011) a qualidade de vida dos idosos está inerentemente ligada ao suporte familiar e à funcionalidade da família, assim a funcionalidade familiar influencia positivamente a qualidade de vida dos idosos. Quando as famílias mantêm uma relação equilibrada, ou são do tipo equilibrada participam ativamente na vida do idoso, com idas a casa e visitas regulares, contribuindo para um ambiente mais harmonioso e para o bem-estar dos idosos.

## 6. CONCLUSÃO

É na família, independentemente do tipo de família que seja, que as pessoas crescem, se desenvolvem física, psicológica e socialmente, obtêm um sentido de si e de coletividade, enquanto unidade cultural familiar, criam crenças e valores, acerca da vida, e progridem ao longo do ciclo vital. É neste espaço que desenvolvemos um sentimento de pertença e nos definimos como pessoas.

Uma das funções da família é a promoção da saúde dos seus membros, no entanto a doença de um membro acaba por influenciar todo o sistema familiar. Existe uma transição de saúde/doença que acarreta muitas vezes mudanças dos papéis familiares.

O envelhecimento é a última etapa do ciclo da família, caracterizado por ruturas e perdas sociais, aquisição de incapacidades e dependências. Perante o cenário de doença e dependência é na família que se encontram os primeiros prestadores de cuidados. No presente estudo concluiu-se que antes da institucionalização os idosos vivam na sua maioria com os filhos e /ou cônjuge apresentando uma frequência absoluta de n=59 sendo estes os seus cuidadores principais. Associado à responsabilidade de cuidar sabe-se que existe a possibilidade de sobrecarga e stresse por parte de quem cuida. Muitas vezes é necessário conciliar as obrigações profissionais, acompanhar os filhos ou netos nas suas necessidades e a gestão da própria casa não se torna tarefa fácil quando se associa o cuidado a um elemento da família dependente ou com limitações que são próprias da velhice. Quando as dependências do idoso vão além daquilo que a família ou cuidador é capaz de suportar e dar resposta, é necessário pensar em alternativas de forma a manter os cuidados e preservar a qualidade de vida ao idoso. Foi possível observar neste estudo que a necessidade de acompanhamento e vigilância N=88 associada a estados de dependência física N=43 foram os principais motivos apontados para a institucionalização.

A institucionalização continua a ser a alternativa mais procurada para o cuidado ao idoso. Nem sempre esta decisão é fácil ou tomada de ânimo leve, acarreta uma separação o que muitas vezes implica alterações na dinâmica familiar. A decisão da institucionalização neste estudo revelou que a ideia partiu maioritariamente dos filhos e/ou cônjuges N=79 e apenas uma frequência absoluta de N=16 do próprio idoso. No entanto quando

questionado a amostra, se a institucionalização foi a melhor opção para a família N=93 disse que sim e N= 96 refere que também foi a melhor opção para o idoso.

A forma como a família encara a institucionalização vai depender muito da sua funcionalidade, adaptabilidade e coesão. Assim as famílias consideradas altamente funcionais apresentam maior coesão entre os membros e apresentam maior adaptabilidade a alterações familiares e desta forma têm um papel mais ativo no dia a dia do familiar institucionalizado.

Foi possível comprovar neste estudo que na aplicação do APGAR familiar, as famílias foram consideradas na sua maioria como altamente funcionais N=51, e assim apresentavam uma coesão ligada de N= 57 e muito ligada N=6, no que se refere a adaptabilidade foi possível concluir que as famílias são na sua maioria Flexíveis N= 50 seguido de Estruturadas N= 47 foi possível apurar estes dados utilizando a escala de FACES II que ao avaliar a coesão e adaptabilidade define o tipo de família, e assim também foi possível determinar que N=51 foram classificadas em famílias equilibradas.

Os idosos institucionalizados muitas vezes enfrentam perdas emocionais ao deixar os seus lares para viver numa instituição. A envolvência da família na vida do idoso institucionalizado é de extrema importância uma vez que os vínculos familiares continuam a desempenhar um papel fundamental. Contribuem para a sensação de pertença, acolhimento e amor. Assim 90,6% da amostra referiu que tem um papel presente na vida do idoso com visitas na sua maioria a cada 15 dias e que demonstram ter o hábito de levar os idosos a passar tempo com a família em casa.

A presença da família no dia a dia do idoso motiva e dá coragem ao idoso para manter uma visão positiva.

Mediante a questão de investigação, qual a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e a perceção da funcionalidade familiar, a coesão, adaptabilidade e tipo de família de familiar do idoso institucionalizado no concelho de Macedo de Cavaleiros? Várias hipóteses foram formuladas e foi possível através da utilização do teste qui-quadrado,  $X^2$  (p), determinar a existência ou não de independência entre as variáveis e o teste exato de Fisher quando existiam frequências esperadas muito baixas. Assim, podemos concluir que existe relação estatística através da utilização do teste qui-quadrado entre a funcionalidade familiar e a coesão familiar  $X^2$  49,042 (p)< 0,001. Da mesma forma que existe relação entre a funcionalidade familiar e a adaptabilidade familiar  $X^2$  41,400

(p) < 0,001 e que estas estabelecem uma relação estatística significativa com o tipo de família  $X^2$  52,456 (p) < 0,001. Foi possível estabelecer relação estatística entre a funcionalidade familiar e o número de visitas  $X^2$  20,498 (p) < 0,001 e o desempenho de um papel ativo na vida do idoso  $X^2$  6,425 (p) < 0,05 bem como a percepção de família unida  $X^2$  35,593 (p) < 0,001 e levarem o idoso a casa  $X^2$  15,178 (p) < 0,001.

Relativamente a coesão familiar foi também possível estabelecer relação estatística entre a mesma e o número de visitas  $X^2$  17,737 (p) < 0,001, o desempenho de um papel ativo na vida do idoso  $X^2$  11,191 (p) < 0,01, a percepção de família unida  $X^2$  53,078 (p) < 0,001 e o hábito de levar o idoso para casa  $X^2$  9,786 (p) < 0,01. Existe relação estatística entre a coesão e adaptabilidade familiar  $X^2$  58,452 (p) < 0,001 bem como entre a coesão e o tipo de família  $X^2$  70,232 (p) < 0,001.

Na adaptabilidade familiar foi possível estabelecer relação entre o tipo de família  $X^2$  90,691 (p) < 0,001 e a ideia da institucionalização  $X^2$  6,880 (p) < 0,05, o desempenho de um papel ativo  $X^2$  7,760 (p) < 0,01 a percepção de família unida  $X^2$  33,691 (p) < 0,001 e o número de visitas ao idoso  $X^2$  8,458 (p) < 0,001 e o hábito de levar a casa  $X^2$  18,234 (p) < 0,001

Por fim relacionando o tipo de família com a ideia da institucionalização foi possível obter relação estatística  $X^2$  6,419 (p) < 0,05. O número de visitas  $X^2$  11,910 (p) < 0,001, a percepção de família unida  $X^2$  42,143 (p) < 0,001, a existência de um papel ativo na vida do idoso  $X^2$  8,511 (p) < 0,001 e levarem o idoso a casa  $X^2$  15,072 (p) < 0,001

Mediante os objetivos propostos, caracterizar sociodemográfica e profissionalmente o familiar do idoso institucionalizado (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, habitação); avaliar a funcionalidade familiar do familiar do idoso institucionalizado e avaliar a coesão e adaptabilidade familiar do familiar do idoso institucionalizado, podemos concluir que foram atingidos na sua totalidade.

Ao realizar esta investigação algumas dificuldades e limitações foram sentidas. As respostas dadas são sempre na perspectiva do familiar e não do idoso, e na suposição daquilo que será o seu bem-estar ou a sua melhor opção.

Sendo a investigadora a aplicar o formulário grande parte das famílias já me eram familiares pela interação que existe entre enfermeiro/família ao longo dos dias. Conhecendo alguns hábitos familiares, foi dada a sensação que muitas vezes as respostas

pareciam ser dadas mediante aquilo que ficaria melhor, não transmitindo a realidade na sua totalidade. Nomeadamente nas questões relacionadas com a união da família, as idas a casa e o desempenho de um papel ativo na vida do idoso.

Os formulários foram aplicados apenas em duas ERPIs através de amostragem não probabilística por conveniência, logo não podendo generalizar os resultados.

A ausência de estudos que refletem a opinião da família e não do idoso nas questões relacionadas com a institucionalização. Existem vários estudos que avaliam a funcionalidade familiar na perspetiva do idoso, mas raros os que avaliam na perspetiva da família no âmbito da institucionalização.

O desempenho de enfermagem nas ERPIs é complexo, não se trata apenas de cuidar e tratar de um idoso, uma vez que não estamos a tratar/cuidar de indivíduos isolados, mas sim de idosos que se inserem numa família. Esta família pode ser mais ou menos presente na vida deles, tendo um papel mais ou menos ativo, mas no ponto de vista da investigadora como enfermeira de ERPI, a família deve estar sempre informada sobre as alterações que ocorrem na vida do idoso dentro da instituição, sendo conhecedora de tudo o que lhe diz respeito.

O contacto com as famílias é diário e atrevemo-nos a dizer que é ao mesmo tempo satisfatório bem como um fator de stresse. A conotação dada aos ERPIs pela sociedade por norma é negativa, sendo um lugar de abandono familiar, rotineiro e tarefeiro, onde os idosos se encontram insatisfeitos e depressivos.

Trata-se de uma luta diária, o combate ao estigma, demonstrar às famílias que os seus familiares são bem tratados, vigiados, acompanhados e que tudo será feito no seu melhor interesse. O contacto familiar é encarado como um fator de stresse geralmente pela questão da confiança, quando toca aos “nossos” ninguém trata/cuida tão bem como nós, confiar nem sempre é fácil e dado a conotação que é dada a estas instituições, maior é a necessidade e o esforço feito para comprovar o contrário. Daí que estabelecer com as famílias um diálogo aberto e honesto sobre o estado de saúde do idoso e transmitir a importância da envolvimento da família no dia a dia do idoso, como participarem em visitas regulares, incentivar a passar tempo com o idoso e levar o mesmo a casa, acompanhar sempre que possível a consultas, esclarecer dúvidas e partilhar ideias de tratamento e cuidados, são um dos principais objetivos de Enfermagem em contexto de ERPI. O

objetivo é estabelecer uma relação de confiança e empática com as famílias, de abertura para diálogo e de partilha com o propósito de um bem comum: o idoso. A elaboração de um plano de atividades em que visa a vinda dos familiares à instituição com a participação em atividades conjuntamente com os idosos, festas temáticas, almoços convívio e acima de tudo transparência no cuidar e no tratar seria na minha opinião fundamental para a melhoria da relação entre idoso, família e equipa multidisciplinar.

Este estudo foi importante para determinar os tipos de famílias presentes nestas instituições, o que de certa forma ajuda os Enfermeiros a entender muitas vezes os idosos, as suas histórias e as suas mágoas.

É benéfico estabelecer uma ponte entre a atuação de Enfermagem junto à população idosa residente em ERPI e a atuação de enfermagem no âmbito de saúde familiar. Assim é de destacar que tanto o trabalho de Enfermagem em ERPI e o trabalho de enfermagem de saúde familiar, partilham o mesmo objetivo de promover saúde e prevenir a doença sendo fundamentais no cuidado integral e multidisciplinar. Ambas não tratam a pessoa isolada, mas sim um membro de uma família. Se por um lado segundo a realidade laboral da investigadora existem famílias que apresentam uma coesão desmembrada ou separada e são famílias extremas em que não existe participação da família na vida do idoso existe um número maior de famílias com uma coesão ligada, sendo famílias equilibradas, flexíveis e que tem um papel ativo na vida do idoso. Mantêm um vínculo afetivo que reduz o sentimento de solidão, abandono e ansiedade. Participam na tomada de decisão sobre os cuidados e tratamentos e incentiva à participação do idoso em atividades sociais dentro da instituição sendo um suporte na adaptação ao novo ambiente.

Outro aspeto a considerar é que o enfermeiro de ERPI faz a ligação entre o utente e a UCSP. O idoso institucionalizado recorre pouquíssimas vezes à consulta de medicina geral e familiar e por consequente à consulta de enfermagem, isto porque as ERPI apresentam na sua maioria um médico assistente e equipa de enfermagem. Sendo muitas vezes o enfermeiro de ERPI que se desloca à UCSP para se articular com a equipa multidisciplinar em prole das necessidades dos utentes.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., Relvas, A. P. (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, A. J. P. S., Rodrigues, V. M. C. P. (2008). *A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares*. *Rer Latino-am Enfermagem*, 16 (6), 1-8.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600014>
- Andrade, A., Martins, R. (2011). *Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos*. *Millennium*, 40: 185-199. Repositório Científico aberto do Politécnico de Viseu.  
<http://hdl.handle.net/10400.19/1210>
- Araujo, S.N.M., Santiago, R.F., Barbosa, C.N.S., Figueiredo, M.L.F., Andrade E.M.L.R. & Nery, I.S (2017) *Tecnologias Voltadas para o Cuidado ao Idoso em Serviços de Saúde: Uma Revisão Integrativa*. *Enfermaria Global*. ISSN 1695-6141
- Azeredo, Z. (2008) *A Família como núcleo de mudança cultural*. In: Jorge V.J, Macedo J.M, organizadores. *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*. Porto: Afrontamento.
- Carneiro, M.M.F.P. (2012) *Reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado não publicada] Universidade Potucalense Infante D. Henrique
- Carrajo, M., (1999). *Sociología de los Mayores*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Carrilho, T.F.P (2023) *Bem-me quer, mal-me-quer?-A importância da presença da família no quotidiano do idoso institucionalizado*.

[Tese de mestrado em Gerontologia não publicada] apresentado  
ao Instituto Politécnico de Portalegre

Despacho normativo nº 12/98 do Ministério da Solidariedade e da  
Segurança Social (2012). Diário da República: 1.ª série — N.º  
58.

Fechine, B. Trompieri, N., (2012) *O processo de envelhecimento: As  
principais alterações que acontecem com o idoso com o passar  
dos anos*. InterScience Place. DOI: 10.6020/1679-9844/2007

Ferreira, C. R. Isaac, L. Ximenes, V.S. (2018) *Cuidar de idosos: um  
assunto de mulher?* Estudos interdisciplinares de Psicologia vol.  
9 nº1 Londrina Jan/abr. 2018 versão On-line ISSN 2236-6407

Figueiredo, M. H. J. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e  
intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em  
enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M.H. J. (2023) *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel  
Edições Técnicas

Fortin, M.F. (2009) *Fundamentos e etapas no processo de investigação*.  
Lusodidática

Fragoso, V. (2008). *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso  
institucionalizado*. IGT na Rede, 5 (8), 1-6.

Guerreiro, M. D. Torres, A. Lopes. (2007) *Famílias em mudança  
configurações, valores e processos de recomposição. Portugal no  
contexto europeu, vol. III quotidiano e qualidade de vida*. Celta  
Editora

Instituto Nacional de estatística (2021). Censos

<http://censos.ine.pt>

- Hanson, S.M.H. (2001) *Enfermagem de cuidados de saúde á família. Teoria, Pratica e Investigação*. Lusociência
- Machado, M. (2008). *Aliança parental, Coesão e Adaptabilidade Familiar ao longo do ciclo vital da família* [Dissertação de mestrado não publicado] apresentado Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Machado, L. A. T. (2020). *A institucionalização de idosos/as como experiência potencialmente modificadora do sentido de “casa”*. [Dissertação de mestrado não publicado] apresentado á Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da universidade do Porto.
- Martins, R.M.L. (2004) *Qualidade de vida dos idosos da região de viseu*. [Dissertação deDoutoramento] apresentado Universidade da Extremadura
- Melo, P. (2021) *Consultas de Enfermagem nos cuidados de saúde primários- Guia de decisão clínica*. Lidel Edições.
- Moura, C (2012) *Processos e estratégias do envelhecimento: intervenção para um envelhecimento ativo*. Vila Nova de Gaia: Euedito ISBN 978-989-20-2842-2
- Néné, M., Sequeira, C (2022) *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática*. Lidel Edições.
- Olson, D. H. (2000) *Circumplex Model of Marital and Family Systems*. Journal of Family Therapy, 22, 144-167.

Olson, D. (1988). Family types, family stress and family satisfaction: a family development perspective. In C. Falocov, *family transitions: continuity and change over the life cycle* (pp. 55-80). New York: Guilford Press

Ordem dos Enfermeiros (2020) Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

Pereira, F (2008). *A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado*. Editora Universidade Sénior Contemporânea.

<http://hdl.handle.net/10198/3626>

Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T. & Furini, A. C. (2007). *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. Ver Esc Enferm USP, 41 (2), 229-236.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2006) *Differences between caregivers and non caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis*. Psychology and Aging, 21(2), 240–250.

Pires, A. (2020)- *Coesão familiar, relação entre pais e filhos e bem-estar nos adolescentes* [Dissertação de mestrado] apresentado á universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Regulamento nº 428/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da república serie II de 16 de julho 2018

Regulamento nº 140/2019 Regulamento das competências comuns de enfermeiros especialistas. Diário da República serie II de 6 de fevereiro 2019

- Relvas, A. P (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*.  
Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da família* (4ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sampaio, S.M.M.(2020) *Relação entre idoso institucionalizado e família*. [Dissertação de Mestrado não publicado] Repositório Aberto da Universidade católica portuguesa de Braga.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/30961>
- Santos, M. Vilaça, M. Portugal, A. Relvas, A.P. (2021). *Funcionamento Familiar: Revisão de Estudos Empíricos sobre Medidas de Avaliação (FAD, FACES-IV e SCORE-15)*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº61 · Vol.4 · 49-64 · 2021  
<https://doi.org/10.21865/RIDEP61.4.04>
- Silva, M. J. da, Victor, J. F., Mota, F. R. do N., Soares, E. S., Leite, B. M. B., & Oliveira, E. T. (2014). *Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro*. *Escola Anna Nery*, 18(3), 527–532.  
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>
- Sousa F. (2009) *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. Acta Paul Enferm.
- Tribuna, M. F. (2000) *Famílias de acolhimento e vinculação na adolescência*. [Dissertação de Mestrado não publicado] Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra: Texto Policopiado
- Vieira, S.K.S.F. Anjos, M.N.C. Santos, F.A.N. Damasceno, C.K.C.S. Sousa, C.M.M. Oliveira, A.D.S. (2016) *Avaliação da qualidade*

*de vida de idosos institucionalizados*. revista Interdisciplinar, v.9,  
n. 4. ISSN 2317-5079

Unidade Local de Saúde do Nordeste (2024). Organograma

[www.ulsne.min-saude.pt/institucional/organograma/](http://www.ulsne.min-saude.pt/institucional/organograma/)

Zimerman, G. (2007). *Velhice - Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre:  
Artmed Editora.

## **ANEXOS**

## **Anexo I- Pedido de autorização Provedor SCMMC**

Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros

### Assunto: Pedido de Autorização para recolha de dados no âmbito de um projeto de investigação

Como aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola superior de Saúde de Bragança (IPB) solicitar a colaboração da vossa instituição para a realização de um estudo de investigação, tratando-se da minha etapa final para obtenção de grau de mestre.

Na categoria de enfermeira na SCMMC gostaria de desenvolver o meu estudo de investigação nesta instituição bem como no lar do Lombo. O estudo de investigação tem como tema a “Avaliação da Funcionalidade e Coesão Familiar de Idosos Institucionalizados.”

Para a realização deste estudo será aplicado um questionário por mim a um familiar de cada utente residente em lar, no contexto de visita. O mesmo tem uma duração aproximada de 5 a 10 minutos. No questionário consta a caracterização sociodemográfica da família e através da utilização de escalas próprias a avaliação da coesão e funcionalidade familiar.

Este projeto tem como objetivo através da aplicação dos questionários, avaliar a coesão e funcionamento familiar do idoso institucionalizado e a envolvência da família no apoio ao Idoso durante a institucionalização.

Este estudo de investigação tem a aprovação da comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.

Os dados Recolhidos são confidenciais e em momento algum os participantes serão identificados nem serão utilizados dados pessoais dos idosos institucionalizados. Todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo e a participação dos inquiridos é de livre vontade.

Acrescento ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição nunca será posto em causa nem o desempenho das minhas funções durante o horário de trabalho.

Grata pela Atenção dispensada,

Jessica Caseiro Santos

Macedo de Cavaleiros 04 de março 202

## Anexo II- Autorização SCMMC



*Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros*

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, a Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros, com sede em Largo Prado dos Cavaleiros, n.º 1, 5340-221 Macedo de Cavaleiros, contribuinte nº 500852278, declara que autoriza a aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Jéssica Cascoiro Santos - à consulta e recolha de dados informativos relativos aos utentes da ERPI de Macedo de Cavaleiros

Por ser verdade, passa-se a presente declaração, que vai assinada e carimbada com o carimbo em uso nesta Instituição.

Macedo de Cavaleiros, 04 de março de 2024.

O Diretor Técnico da SCMMC,

(Dr. Ricardo Bernardo)

### Anexo III- Pedido de Autorização de utilização de Escalas

**jessica santos** <jessicacaseiro06@gmail.com>  
para otIAMf@gmail.com ▾

quinta, 23/11/2023, 19:34 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exmo. Sr. Professora Doutora Otilia Fernandes,  
Chamo-me Jéssica Caseiro Santos e sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Bragança, estando a desenvolver a minha dissertação, para obtenção de grau de mestre. Venho por este meio solicitar a vossa autorização para aplicação da versão portuguesa autorizada do questionário, "Faces II" para realização de um estudo de investigação, através da recolha de dados relativamente ao projeto "INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO: COESÃO E FUNCIONAMENTO FAMILIAR"  
Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, acrescentado ainda sob compromisso de honra o respeito pelo seu uso.  
Grata pela atenção prestada.  
Jessica Santos



**otilia monteiro fernandes** <otIAMf@gmail.com>  
para mim ▾

sábado, 25/11/2023, 12:44 ☆ 😊 ⋮

Cara Jéssica Caseiro Santos,

Como está? Espero que esteja bem!

Venho por este meio autorizá-la a utilizar a minha versão/adaptação da FACES II, de 1995.

Se necessitar de um documento mais formal, disponha. Enviar-lhe-ei, já de seguida, alguma documentação que lhe poderá ser útil.

Bom trabalho e bom tudo na vida, e um abraço,

Otilia Monteiro Fernandes  
Departamento de Educação e Psicologia  
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro | UTAD

## Anexo IV- Parecer da Comissão de Ética IPB



### Parecer

#### Dados do Funcionário

Nome:  Email:   
Filiação:

#### Parecer

Foi dado parecer Favorável por unanimidade ao Processo nº515023 "Valiação da Funcionalidade e Coesão familiar de Idosos Institucionalizados" tendo como objetivo geral:  
Avaliar a relação entre a coesão e a funcionalidade familiar do idoso institucionalizado.

#### Data

P515023-R024128-D1824568

## **Avaliação da Funcionalidade, Coesão e Adaptabilidade familiar de Idosos Institucionalizados**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem de Saúde Familiar, do Curso de Mestrado em Enfermagem

Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Bragança, encontro-me a desenvolver o projeto “A institucionalização do Idoso: Coesão e Funcionamento Familiar”

Este trabalho tem como objetivo avaliar a coesão, adaptabilidade e funcionamento familiar do idoso institucionalizado.

As informações recolhidas serão apenas para fins académicos e de investigação, será garantida a confidencialidade e mantido o anonimato.

Da participação no presente estudo não resultará qualquer ganho ou prejuízo.

A sua participação é livre e voluntária, podendo desistir ou solicitar esclarecimento em qualquer momento da investigação.

O desenvolvimento deste estudo é da orientação científica dos Professores Eugénia Anes e Manuel Brás.

Aceito a participação neste estudo no âmbito académico

Sim

## Parte I- Caracterização do Familiar

Perguntas sobre o familiar do idoso institucionalizado

### 1. SEXO

Masculino

Feminino

### 2. IDADE (anos)

18-37

38-58

59-78

> 78

### 3. Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

União de Facto

#### 4. Habilitações Literárias

- Sem escolaridade
- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo de ensino básico (4ª Classe)
- 2º Ciclo de ensino Básico ( 6ª Classe)
- 3º Ciclo de ensino básico (9º Ano)
- Ensino Secundário (12º Ano)
- Ensino Superior

#### 5. Profissão

- Trabalha por conta própria
- Trabalha por conta de Outrem
- Desempregado
- Reformado/a

#### 6. Local de Habitação

- Meio Rural
- Meio Urbano

#### 7. Grau de Parentesco com o Idoso

- Filho/a
- Cônjuge/Companheiro/a
- Irmão/Irmã
- Neto/a
- Sobrinhos/as
- Outro: \_\_\_\_\_

**8. Antes da Institucionalização do seu familiar este vivia com quem?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Filhos
- Sozinho/a
- Cônjuge
- Irmãos
- Família de Acolhimento
- Sobrinhos
- Outro: \_\_\_\_\_

**9. A ideia de Institucionalização partiu de quem?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Do próprio
- Filhos
- Cônjuge
- Irmãos
- Outro: \_\_\_\_\_

**10. Qual a principal razão da Institucionalização?**

*Marque todas que se aplicam.*

- Estado de Dependência Física
- Gestão medicamentosa
- Isolamento Social
- Patologias psiquiátricas/Neurológicas
- Vigilância e Acompanhamento
- Falta de retaguarda familiar
- Outro: \_\_\_\_\_

**11. Considera a Institucionalização a melhor opção para a família?**

Sim

Não

**12. Considera a Institucionalização a melhor opção para o Idoso?**

Sim

Não

### **Parte II- Avaliação Familiar**

As respostas incidem sobre a própria família do entrevistado, sempre perspectivando o idoso como membro da família.

**13. Na sua opinião, a sua família é unida?**

Sim

Não

**14. Considera ter um papel ativo e interativo na vida do seu familiar Institucionalizado?**

Sim

Não

**15. Quantas vezes visita o seu familiar?**

- Todos os dias
- 1 a 2 vezes por semana
- A cada 15 dias
- 1 vez por mês
- 1 vez a cada meio ano
- 1 vez por ano

**16. Nos dias festivos, tem por hábito levar seu familiar para casa?**

- Sempre
- Às vezes
- Poucas Vezes
- Raramente
- Nunca

**17. Tem por hábito levar o seu familiar para casa para passar tempo em família não considerando épocas festivas?**

- Sim
- Não

**18. Escala de APGAR FAMILIAR de SMILKSTEIN**

**18.1 Estou Satisfeito/a com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.**

- Quase sempre
- Algumas Vezes
- Quase nunca

**18.2 Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema**

- Quase sempre
- Algumas Vezes
- Quase nunca

**18.3 Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida**

- Quase sempre
- Algumas Vezes
- Quase nunca

**18.4 Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação pesar e amor**

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

**18.5 Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família**

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

## 19. Escala de FACES II

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família					
4. Cada um, de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho					
10. As responsabilidades da nossa casa repartem-se pelos vários elementos da família.					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família					
12. É difícil saber quais as normas que regulam a nossa família.					

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
13.Quando é necessário tomar uma decisão,temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros					
14.Os elementos da família são livresde dizerem aquilo que lhes apetece					
15.Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16.Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta					
17.Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros					
18.Na nossa família somos justos quanto á disciplina					
19.Sentimo-nos mais chegados a pessoaque não da família do que a elementos da família.					
20.A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21.Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22.Na nossa família todos partilham responsabilidades.					
23. Gostamos de passar tempos livresuns com os outros.					
24.É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25.Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					
26.Quando os problemas surgem todos fazemos cedências					
27.Na nossa família aprovamos a escolha deamigos feita por cada um de nós.					
28.Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29.Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30.Temos interesse e passatempos em comuns com os outros					