

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DUANE MOCELLIN

**RESPONSABILIDADE FILIAL: ATITUDES SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE
PAIS IDOSOS**

PORTO ALEGRE

2017

DUANE MOCELLIN

**RESPONSABILIDADE FILIAL: ATITUDES DE SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO
DE PAIS IDOSOS**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) a ser apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof^ª Orientadora: Dr^ª. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Co-orientadora: Dr^ª. Marinês Aires

PORTO ALEGRE

2017

Dedico este trabalho à minha família, por serem meu apoio e estímulo.

“Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

(BOFF, 1999, p. 33)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo Seu amor que me impulsiona todos os dias, por me conceder a graça de realizar este sonho e pelas pessoas maravilhosas que colocou em meu caminho (pacientes, colegas, profissionais e professores).

Aos meus amados pais, Delvi e Dilene, por terem me dado a vida, educando e ensinando os valores e o amor. Agradeço por todo o apoio que me deram para esta conquista, pelas suas jornadas de trabalho infundáveis para que eu pudesse concluir a graduação. À minha irmã Daiana, por me apoiar e incentivar sempre, seja lendo um trabalho ou ouvindo os meus ensaios de apresentação, a sua paciência e compreensão foram muito importantes para mim. Eu os amo tanto e, um dia, espero retribuir todo de cuidado que vocês tiveram comigo.

À minha madrinha Edilse (*in memoriam*) que me ensinou a amar o cuidado, estando sempre disponível para quem mais precisasse. A sua falta ainda dói aqui, mas eu tenho a certeza de um dia nos encontraremos no céu.

Agradeço às minhas amigas-irmãs, Renata, Paula, Karine e Amanda S. que estiveram sempre ao meu lado, me incentivando e agüentando falar da fisiopatologia de cada doença. Obrigada por serem também a minha válvula de escape.

Aos “Enf Tops”, obrigada por toda a parceria durante a graduação, vocês fizeram esses cinco anos passarem mais rápido. Às minhas amigas, Amanda B., Tassiane e Amanda K., que foram minhas grandes parceiras de ônibus, almoços, cafés, noites de resumos e estudos para as provas, da faculdade para a vida!

À minha amiga Mariane, colega de aula, estágio, bolsa de iniciação científica e de formatura, o meu agradecimento por ter estar ao meu lado nesses dois últimos anos de faculdade, sempre me apoiando e disponível para tudo, certamente temos muitas histórias para contar.

Agradeço às “Lisianetes”, pois com vocês foi possível o meu crescimento através do exemplo de profissionais que são! À Marinês, Naiana, Carla, Carol e Fernanda, agradeço pela oportunidade de trabalhar nos seus projetos de mestrado e doutorado. À Kamila, Ana, Mariane e Dóris, minhas colegas de bolsa de iniciação científica, muito obrigada pelas vivências, pelas visitas domiciliares e por toda a parceria que existe nesse grupo.

À minha orientadora, Prof^a Lisiane M. G. Paskulin, por ter me acolhido e ensinado o amor à pesquisa. Obrigada pela paciência, pelas orientações, pelos ensinamentos e por ser este exemplo

de pessoa que és para mim! Seguir o seu caminho foi a decisão mais acertada da minha graduação.

À minha co-orientadora Marinês Aires por ter aceitado esta tarefa e por ter cedido seu banco de dados para a realização deste estudo. Agradeço também, por ter me ensinado os primeiros passos na pesquisa e apresentado esta temática que, hoje, utilizo em meu trabalho.

Aos idosos e filhos cuidadores que permitiram que aprendêssemos tanto com suas histórias de vida, muito obrigada! A todos que me auxiliaram na caminhada de formação como enfermeira: familiares, amigos, pacientes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, o meu sincero obrigada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Responsabilidade Filial	11
3.2 Políticas Públicas para a Pessoa Idosa.....	12
3.3 Redes de Apoio ao Idoso	15
4 MÉTODOS	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Campo do estudo	17
4.3 População e amostra.....	18
4.4 Coleta dos dados	19
4.5 Análise dos dados.....	19
4.6 Aspectos éticos.....	20
5 ARTIGO.....	21
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A - Termo de autorização de utilização do banco de dados pela pesquisadora e coordenadora do estudo seminal	46
ANEXO A - Protocolo de pesquisa <i>Filial Responsibility Across Cultures</i>.....	47
ANEXO B - Carta de aprovação do projeto de seminal pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	63
ANEXO C - Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	65
ANEXO D – Instruções para os autores - Revista Gaúcha de Enfermagem	66

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho integra uma investigação maior realizada em parceria pelo Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) com o Centro de Estudos sobre o Envelhecimento da Universidade de Vitória, Canadá, que se intitula “Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem-estar”.

O Brasil é um país em processo de envelhecimento populacional. As pessoas com 60 anos ou mais são 14,4% da população brasileira, número que cresceu 16% em quatro anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE, 2017). As projeções indicam que, para o ano de 2050, ter-se-á 29,36% de pessoas idosas no país (IBGE, 2013). Com o aumento do número de idosos teremos a necessidade de um número maior de cuidadores, sejam eles formais ou informais.

Nesse cenário, ser cuidador dos pais durante seu processo de envelhecimento é uma experiência cada vez mais frequente. A responsabilidade filial, um conceito utilizado na cultura canadense que foi adaptado e validado para uso no Brasil, é definida como uma norma social ou cultural referente ao comportamento dos filhos em relação ao processo de cuidado com os pais idosos (CHAPPELL; FUNK, 2011; AIRES et al., 2012). Pode ser avaliada por meio de atitudes e comportamentos de cuidado. As atitudes são uma avaliação pessoal que envolve uma opinião transitória ou permanente de avaliar positivamente ou negativamente um objeto, relacionada a uma pessoa ou a uma determinada situação. Já comportamento, na perspectiva da responsabilidade filial, é entendido como uma conduta individual de prestar cuidado ou apoio aos pais idosos (CHAPPELL; FUNK, 2011).

Em algumas sociedades, como a chinesa, a responsabilidade filial é ensinada às crianças, para que estas prestem cuidado aos seus pais no futuro (CHAPPELL; FUNK, 2011). Nas sociedades latinas, a prática corrente é a permanência do idoso no seu núcleo familiar e comunidade, contribuindo para o seu bem-estar (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Constituição Federal Brasileira (CFB), nos artigos 229 e 230, estabelece que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os seus pais no processo de envelhecimento ou adoecimento e que família, sociedade e Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, garantindo-lhes participação na comunidade, defesa sua dignidade, bem-estar e o direito à vida

(BRASIL, 1988). No Estatuto do Idoso, na Política Nacional do Idoso (PNI) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) consta, também, a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento da sua institucionalização (BRASIL, 1994; 2003; 2006a).

Embora as políticas públicas estimulem e priorizem o cuidado domiciliar ao idoso, as modificações sociais, como a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a redução do número de filhos e mudança no padrão de nupcialidade, vêm transformando as estruturas familiares e contribuem para que se encontre um menor número de membros na família (KANSO et al., 2010). Neste contexto de maior longevidade e enxugamento da rede de apoio informal, a rede de apoio formal, pública ou privada, se torna importante fonte de cuidado ao idoso (CAMARANO et al., 2004).

Existem vários estudos nacionais e internacionais sobre os motivos que levam à institucionalização de pessoas idosas e os fatores relacionados (MALHEIRO; NUNES, 2015; LINI; PORTELLA; DORING, 2016; SALMINEN et al., 2017, HAJEK et al., 2015). Destaca-se investigação realizada na China que buscou examinar a dinâmica entre os idosos e seus filhos cuidadores quando decidem pela institucionalização com a influência da responsabilidade filial (denominada de piedade filial). Os autores identificaram que, devido à crescente fragilidade dos pais idosos, os filhos perceberam que a adesão total à piedade filial não poderia beneficiar os pais ou a eles próprios, pois muitas vezes não seria possível proporcionar o cuidado necessário aos pais idosos (CHEN, 2017).

Estudos nacionais sobre responsabilidade filial e institucionalização ainda são restritos. Estudo sobre a responsabilidade filial desenvolvido por Aires (2016) identificou altos escores na avaliação das atitudes de responsabilidade filial por meio das escalas de Expectativa e Dever Filial. Neste mesmo estudo foi levantada também a perspectiva da institucionalização, e as informações obtidas nesta investigação são analisadas no presente trabalho de conclusão de curso.

Para a Enfermagem este estudo possibilita maior compreensão das atitudes dos filhos sobre a institucionalização. Contribui na forma de pensar e organizar a assistência ao idoso e cuidador no processo de envelhecimento, proporcionando melhor rede de apoio aos filhos cuidadores e seus pais.

O presente trabalho surgiu a partir do ingresso da autora deste trabalho em uma bolsa de iniciação científica, participação no NEESFAC e atuação em projeto de tese de doutorado sobre a responsabilidade filial entre diferentes culturas. Foi despertado interesse em conhecer as dinâmicas familiares que regem o processo de cuidado aos pais idosos durante a coleta de dados da tese de doutorado em questão.

2 OBJETIVOS

Analisar as atitudes de responsabilidade filial de filhos cuidadores sobre a institucionalização.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta sessão será apresentada revisão de literatura sobre a temática em três categorias: responsabilidade filial; políticas públicas para a pessoa idosa; e redes de apoio ao idoso.

3.1 Responsabilidade Filial

A responsabilidade filial é conceituada como uma norma social e cultural que pode ser mensurada por meio das atitudes de responsabilidade filial e dos comportamentos de cuidar dos pais idosos (CHAPPELL; FUNK, 2012). As atitudes, conceituadas anteriormente, ainda englobam um conjunto de responsabilidades ou obrigações dos filhos em relação aos pais, uma preocupação com a previsão de declínio e morte de seus pais e com a capacidade de satisfazer as necessidades de cuidados dos pais durante o processo de envelhecimento (DONORFIO; SHEEHAN, 2001).

Já o termo “comportamento”, nesta perspectiva, é entendido como uma conduta individual de prestar cuidado ou apoio aos pais idosos, podendo esta conduta estar relacionada à história de interação familiar e sofrer influência das atitudes de responsabilidade dos filhos e, por conseguinte, das normas sociais e culturais (FUNK, 2005). Nas atitudes de responsabilidade filial o desejo de “retorno” ou “pagamento” do cuidado que tiveram no passado tem sido identificado como um motivador potencial do apoio prestado pelos filhos aos pais durante o processo de envelhecimento (FUNK, 2012).

O conceito de responsabilidade filial pode ser usado tanto no âmbito individual quanto no coletivo. A responsabilidade coletiva para o cuidado dos idosos está relacionada à sociedade e aos modelos de políticas públicas, já a individual envolve a interpretação e a dinâmica da família em cuidar dos idosos (FUNK, 2010). Como exemplo de responsabilidade coletiva destaca-se o Canadá, onde o princípio do coletivismo é mais evidente na sua forma institucionalizada do que no cuidado da família.

As normas de responsabilidade filial, no Canadá, são raramente aplicadas no âmbito individual, pois o Estado assume o cuidado, prevalecendo a responsabilidade coletiva. Na China as normas de responsabilidade filial são mais aplicadas no âmbito individual, e o cuidado aos pais idosos é atribuído aos filhos, que assumem naturalmente esse processo. Além disso, a cultura chinesa defende as normas de piedade filial, que são ensinadas às crianças para que no futuro cuidem dos seus pais idosos (ZENG et al., 2014). No Brasil, além da tradição cultural de cuidado aos idosos, são legalmente instituídas as atribuições dos filhos e família de ampará-los, garantindo participação na comunidade, com dignidade, bem-estar e o direito à vida, tanto na Constituição Federal, quanto no Estatuto do Idoso e na PNSPI (BRASIL, 1988; 2003; 2006a).

Além da norma que rege o cuidado dos pais idosos pelos seus filhos, a responsabilidade filial também pode ser entendida como o direito dos pais de receberem apoio e cuidado de seus filhos durante o processo de envelhecimento (CHAPPELL; FUNK, 2011). Como uma atitude ou crença, a responsabilidade filial pode envolver tanto um sentimento de obrigação e afeto, como necessidades percebidas, orientação familiar, desejo de reciprocidade, além de motivações como sentimentos externos e internos, obrigatórios e arbitrários (FUNK, 2005; DONORFIO; SHEEHAN, 2001).

3.2 Políticas Públicas para a Pessoa Idosa

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial, mas não acontece de forma homogênea nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Enquanto que nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento o processo ocorre de forma rápida, sem adequada organização social e de saúde (BRASIL, 2010; DRUMOND et al., 2013).

O assunto envelhecimento mundial teve como marco inicial a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, em Viena, que resultou no Plano de Ação Intergovernamental de Viena sobre o Envelhecimento e a partir dele, as questões relacionadas ao envelhecimento começaram a fazer parte da agenda internacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, 1982). Após, na década de 90, outros eventos sobre o envelhecimento ganharam destaque,

entre eles, a Assembleia Geral da ONU em 1991, que adotou 18 princípios em favor da população idosa, agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade. Em 1992, 10 anos após a I Assembleia em Viena, a ONU aprovou em Assembleia Geral a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos (ONU, 1991; 1992).

Após, em 2002, aconteceu a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento em Madri, na qual foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação dedicado à atenção aos problemas resultantes do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento. Este plano fundamenta-se em três princípios básicos: participação ativa dos idosos na sociedade; promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (ONU, 2002).

No âmbito nacional, a CFB de 1988 trouxe o conceito de seguridade social, garantindo amparo às pessoas idosas e mostrando avanço do papel do Estado quanto à proteção do idoso. Entretanto, a família continua sendo a principal responsável pelo cuidado deste no processo de envelhecimento (KÜCHEMANN, 2012).

Em 1994 foi promulgada a PNI através da instituição da Lei nº 8.842, com o propósito de assegurar os direitos da população idosa por meio da criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Na PNI, ficam a cargo das entidades públicas importantes obrigações, como estimular a criação de locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade; e impedir a discriminação do idoso e fomentar sua participação no mercado de trabalho (BRASIL, 1994).

Na mesma década, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta política traçou como principais diretrizes a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas sobre a temática (BRASIL, 1999).

Visando garantir os direitos e bem-estar da população idosa, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003). Com base no Estatuto é prevista a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS),

garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente a população idosa (BRASIL, 2003).

Entretanto, devido à necessidade de uma política atualizada sobre a saúde do idoso, a Portaria nº 2.528 de 2006 aprova a PNSPI. Essa política adota um conceito ampliado de saúde para a pessoa idosa, sendo a saúde traduzida mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela ausência de doenças. Assim, a PNSPI foi proposta com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a).

Ainda em 2006, o Pacto pela Saúde foi estabelecido pela Portaria nº 399 com a finalidade de pactuar metas entre as três esferas do governo e se apresenta em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida traz prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira e entre elas está a saúde do idoso, com incentivo à implantação da PNSPI, buscando a atenção integral (BRASIL, 2006b).

Embora a legislação brasileira relativa à pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. Devido à fragilidade e insuficiência das políticas públicas, o sistema público se torna ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude e o cuidado acaba por ser transferido da seguridade social para a família (SANTOS; SILVA, 2013). O Estado necessita do provimento de políticas específicas, do financiamento de estruturas de apoio e o monitoramento das suas atividades, visando garantir a atenção integral, reconhecendo as características e especificidades da pessoa idosa (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

3.3 Redes de Apoio ao Idoso

As redes de apoio social estão associadas à organização do vínculo entre pessoas e são compostas pelas redes de relações formais e informais. A rede de apoio informal é constituída pelos familiares, amigos e vizinhos, colegas de trabalho e comunidade e tem como características marcantes a familiaridade e a proximidade, com envolvimento afetivo (LEMOS; MEDEIROS, 2013; CAMARANO; MELLO, 2010). A rede de apoio informal é a mais utilizada quando existe autonomia funcional. Entretanto, quando esta deixa de dar resposta à situação do idoso, torna-se necessário recorrer à rede de apoio formal, mais utilizada em casos de idosos com incapacidades físicas e psicológicas, devendo, contudo, haver complementaridade entre ambas (MARQUES; SÁNCHEZ; VICARIO, 2014).

A rede de apoio formal é composta de organismos governamentais, beneficentes ou privados, constituída por várias instituições. O atendimento ao idoso é previsto na PNI (1994) em diversas modalidades como hospital-dia, centro-dia, atendimento domiciliar, instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), contudo observa-se escassez na oferta desses serviços aos usuários (LEMOS; MEDEIROS, 2013).

O envelhecimento da população somado à redução da rede de apoio informal, citados anteriormente, vão gerar aumento do custo da assistência à população idosa. Como já mencionado, o Estado deve investir nas políticas de atenção ao idoso, visando garantir atenção integral, considerando as características e especificidades da população idosa, para assim lhe assegurar a qualidade de vida (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Neste contexto, as ILPIs (públicas ou privadas) surgem como uma alternativa de cuidado não familiar, embora esta não seja uma prática frequente entre os brasileiros. Segundo censo realizado nas ILPIs brasileiras, foi identificado na década passada que somente 1% da população idosa brasileira residia em ILPIs. Este mesmo censo verificou que mais da metade (65,2%) era de natureza filantrópica, 28,2% eram privadas e somente 6,6% eram públicas, na sua maioria municipais. Dentre as instituições criadas entre 2000 e 2009, a maioria era privada com fins lucrativos (57,8%), mostrando uma mudança no perfil das instituições (CAMARANO; KANSO, 2010). Estudo derivado do censo citado anteriormente descreve que na maioria os residentes nas instituições públicas eram independentes, possuindo estas instituições caráter de assistência

social. Já, nas instituições privadas, havia predomínio de idosos dependentes e semidependentes, que necessitavam de suporte assistencial (KANSO et al., 2010).

Em Porto Alegre, investigação com idosos residentes em ILPIs buscou identificar os motivos que levaram à institucionalização. Os seguintes motivos foram identificados: falta de condições físicas e mentais, falta de estrutura da casa para uma pessoa dependente, falta de conhecimentos suficientes para prestar cuidados de qualidade e falta de alguém para auxiliar o idoso na residência, visto que todos trabalhavam (MALHEIRO; NUNES, 2015). Estudo caso-controle de base populacional com 387 idosos do interior do Rio Grande do Sul (RS) apontou que os fatores que predispuseram à institucionalização de idosos foram a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Outro estudo porto-alegrense, que verificou os motivos que levam à institucionalização de idosos, identificou que idade superior a 80 anos, viver sem companheiro e ser fisicamente inativo foram os indicadores mais fortemente associados à ocorrência de institucionalização. Os autores sugeriram que o incentivo ao cuidado informal e ações educativas e culturais focadas no papel da família poderiam impedir a institucionalização dos idosos (DEL DUCA et al., 2012).

Na Finlândia, pesquisadores examinaram quais os fatores preditores de institucionalização de idosos (n=1032) durante acompanhamento de 22 anos e identificaram uma taxa de institucionalização de 22%. Os fatores preditores mais fortes foram: função cognitiva prejudicada, o baixo IMC e as quedas frequentes (SALMINEN et al., 2017). Estudo alemão, também longitudinal, com amostra representativa da população geral alemã de 75 anos ou mais, buscou avaliar os preditores de institucionalização para estimar os efeitos do estado civil, depressão, demência e deficiências físicas (mobilidade, audição e deficiências visuais) sobre o risco de admissão em uma ILPI. Identificaram que a ocorrência de viuvez (OR = 78,3), demência (OR = 154,1) e o comprometimento substancial da mobilidade (OR = 36,7) foram fortemente associados à institucionalização (HAJEK et al., 2015).

Sintetizando, a institucionalização vem a ser uma fonte de cuidado formal ao idoso nas condições em que a necessidade e complexidade do cuidado são maiores do que sua rede informal sozinha pode suportar.

4 MÉTODOS

A seguir, apresentam-se os aspectos metodológicos do estudo.

4.1 Tipo de estudo

Estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo. Este tipo de estudo permite descobrir e entender os significados que um indivíduo ou grupo confere a uma questão social (CRESWELL, 2010). Segundo Minayo (2008), esta abordagem ainda possibilita a compreensão das experiências e seus aspectos subjetivos contidos nas reações e nos comportamentos dos sujeitos investigados.

Este estudo foi desenvolvido por meio do uso dos dados secundários referentes à tese de doutorado intitulada: “Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem-estar”.

4.2 Campo do estudo

Os campos do estudo seminal foram a Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e o Centro de Saúde Modelo do Município de Porto Alegre/RS. A escolha dos campos de estudo foi motivada pela sua localização no Distrito Centro, pois este distrito é o que possuía a maior proporção de idosos do município. Segundo dados do Censo de 2010, a população da região era de 277.312 habitantes, e a população idosa era de 60.330 pessoas (21,75%) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMSDE PORTO ALEGRE, 2015). Ademais, as duas unidades desenvolvem várias atividades de atenção às pessoas idosas e seus cuidadores, destacando-se o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) e os grupos de idosos, servindo também de campos de formação profissional (SMS DE PORTO ALEGRE, 2016).

A UBS Santa Cecília possuía uma população cadastrada de 27.345 pessoas, dentre as quais 5.763 com idade ≥ 60 anos (21,07%) (SMS DE PORTO ALEGRE, 2015). A unidade funciona desde outubro de 2004 por meio de uma parceria entre o HCPA e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. A partir de julho de 2010, passou a ser uma Unidade de Saúde Escola com profissionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do HCPA, contando com quatro Equipes de Saúde da Família (SMS DE PORTO ALEGRE, 2016).

A UBS Modelo é responsável por território que abrange uma população total de 116.121 habitantes, e, destes, 24.948 possuíam idade ≥ 60 anos (21,48%). O Centro de Saúde Modelo é vinculado à SMS de Porto Alegre e tem seus serviços organizados em Ambulatório Básico, Ambulatório de Especialidades, duas Equipes de Saúde da Família e um PAD (SMS DE PORTO ALEGRE, 2016).

4.3 População e amostra

Os participantes do estudo seminal foram os filhos cuidadores de pessoas idosas. A amostra foi intencional e composta de 100 indivíduos. Os critérios de inclusão foram: ser filho(a) cuidador(a) no mínimo há três meses e que as atividades de cuidado aos pais envolvessem o(a) filho(a) por pelo menos três horas semanais, fosse no âmbito instrumental (auxílio na execução das tarefas), financeiro (fornecer ajuda financeira) ou emocional (envolve expressões de afeto, amor, conversas, visitas, companhia).

Os critérios de exclusão foram: filhos cuidadores com idade menor que 18 anos, filhos que não responderam ao contato telefônico após três tentativas em horários e dias diferentes ou filhos cujos pais tivessem falecido no intervalo de tempo entre a realização/atualização do cadastro na unidade e a coleta de dados.

Na presente investigação foram excluídos os cinco filhos cuidadores cujos pais eram institucionalizados, totalizando amostra final de 95 filhos.

4.4 Coleta dos dados

Os filhos cuidadores foram identificados nos prontuários de família, pelo cadastro na ação programática de saúde do idoso, por indicação dos profissionais de saúde e por busca ativa da equipe de pesquisa nas unidades. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo mediante contato pessoal ou telefônico, com agendamento das entrevistas. Os dados foram coletados pela pesquisadora responsável pelo mesmo e três bolsistas treinadas, sendo uma das bolsistas a autora do presente trabalho de conclusão de curso. A entrevista foi realizada no domicílio do cuidador ou em local definido pelo participante do estudo, no segundo semestre de 2014, com duração média de uma hora. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada face a face, gravada em dispositivo MP5 e posteriormente transcrita na íntegra para garantir a fidedignidade das falas.

No estudo seminal a coleta foi realizada utilizando o protocolo canadense *Filial Responsibility Across Cultures* (Responsabilidade Filial Intercultural) (ANEXO A), adaptado e validado para uso no Brasil (AIRES et al., 2012; AIRES, 2016; CHAPPELL; FUNK, 2011). O protocolo possui questões abertas e fechadas e sete escalas. Para este estudo, selecionaram-se as questões 5d e 5f, que versam sobre em quais circunstâncias os filhos cuidadores admitiriam seus pais em uma ILPI. Também selecionou-se a questão 6c, sobre o que os filhos cuidadores esperavam dos seus filhos em termos de cuidado durante o seu envelhecimento. Essa questão foi aplicada apenas aos 68 cuidadores que possuíam filhos.

4.5 Análise dos dados

O processo de organização e exploração das informações foi realizado no *software* NVIVO®, versão 10, baseado nas categorias encontradas na dupla categorização. A seguir procedeu-se à leitura destacando os elementos principais, com a finalidade de identificar palavras-chave e, posteriormente, a interpretação dos resultados.

A análise das questões selecionadas foi por Análise Temática segundo Minayo (2008), que envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. No estudo seminal havia duas categorias temáticas sobre a institucionalização. Na presente investigação, estas duas categorias foram utilizadas e foram elencadas ainda duas subcategorias dentro de cada uma das categorias já definidas. As duas categorias e respectivas subcategorias são: possibilidade de institucionalização dos pais idosos (com as subcategorias: não consideram em nenhuma circunstância; e consideram em algumas circunstâncias) e expectativa de cuidado (com as subcategorias: esperam receber cuidado; e não esperam receber cuidado).

4.6 Aspectos éticos

O projeto seminal foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº 130500 (ANEXO B). A utilização dos dados para o presente projeto foi autorizada pela pesquisadora e coordenadora do estudo seminal (APÊNDICE A). A confidencialidade dos dados foi mantida e os participantes serão identificados pela letra F (de Filho) seguida do número correspondente ao entrevistado, por exemplo: Filho 1, Filho 2, Filho 3 e Filho 4.

A atual proposta foi submetida e aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO C).

5 ARTIGO

RESPONSABILIDADE FILIAL: ATITUDES DE SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PAIS IDOSOS

RESUMO

Objetivo: Analisar as atitudes de responsabilidade filial sobre a institucionalização. **Métodos:** Estudo qualitativo descritivo com amostra intencional de 95 filhos cuidadores de pessoas idosas de duas unidades básicas de saúde de Porto Alegre. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2014, por meio de entrevista estruturada face a face. Realizou-se análise temática. **Resultados:** Surgiram duas categorias temáticas: possibilidade de institucionalização dos pais idosos e expectativa de cuidado. **Considerações finais:** A institucionalização dos pais idosos não foi considerada por mais da metade dos filhos cuidadores e, quando considerada, era como última alternativa. Os filhos cuidadores, em sua maioria, possuíam expectativa de serem cuidados por seus filhos e consideraram a sua institucionalização como forma de receber este cuidado.

Palavras-chave: Cuidadores; Institucionalização; Atitude; Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze filial behavior when it comes to their responsibilities regarding parental institutionalization. **Methods:** A qualitative descriptive study with an intentional sampling of 95 children who have parents who are looked after at two basic health units in the city of Porto Alegre, Brazil. Data was collected throughout the second semester of 2014 through structured interviews that were carried out face to face. A thematic analysis was performed. **Results:** Two thematic categories emerged: possibility of institutionalization of the elderly parents and expectation of care. **Final Considerations:** The institutionalization of the elderly parents was not considered by more than half of the caregiver children and, when considered, it was like last

alternative. The majority of caregivers had an expectation of care for their children and considered their institutionalization as a way to receive this care.

Keywords: Caregivers; Institutionalization; Attitude; Aged.

Title: Filial responsibility: attitudes about the institutionalization of elderly parents

RESUMEN

Objetivo: Analizar las actitudes de responsabilidad filial sobre la institucionalización. **Métodos:** Estudio cualitativo descriptivo con muestra intencional de 95 hijos cuidadores de personas ancianas de dos unidades básicas de salud de Porto Alegre. Los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2014, por medio de una entrevista estructurada cara a cara. Se realizó un análisis temático. **Resultados:** Surgieron dos categorías temáticas: posibilidad de institucionalización de los padres ancianos y expectativa de cuidado. **Consideraciones finales:** La institucionalización de los padres ancianos no fue considerada por más de la mitad de los hijos cuidadores y, cuando era considerada, era como última alternativa. Los hijos cuidadores, en su mayoría, tenían expectativa de ser cuidados por sus hijos y consideraron su institucionalización como forma de recibir este cuidado.

Palabras clave: Cuidadores; Institucionalización; Actitud; Anciano.

Título: Responsabilidad filial: actitudes de sobre la institucionalización de padres idosos

INTRODUÇÃO

Ser cuidador dos pais durante seu processo de envelhecimento é uma experiência cada vez mais frequente. A responsabilidade filial, ou seja, a responsabilidade dos filhos nos cuidados aos pais pode ser definida como uma norma social ou cultural referente ao comportamento dos filhos em relação ao processo de cuidado com os pais idosos, podendo esta ser avaliada por meio das atitudes e comportamentos de cuidado⁽¹⁻²⁾. As atitudes são uma avaliação pessoal que envolve uma opinião transitória ou permanente de avaliar positivamente ou negativamente um

objeto e que pode estar relacionada a uma pessoa ou a uma determinada situação⁽¹⁾. Já o termo “comportamento”, na perspectiva do cuidado, é entendido como uma conduta individual de prestar apoio aos pais idosos, podendo esta conduta estar relacionada à história de interação familiar e sofrer influência das atitudes de responsabilidade dos filhos e, por conseguinte, das normas sociais e culturais⁽³⁾.

O conceito de responsabilidade filial pode ser usado tanto no âmbito individual quanto no coletivo. A responsabilidade coletiva para o cuidado dos idosos está relacionada à sociedade e aos modelos de políticas públicas, já a individual envolve a interpretação e a dinâmica da família em cuidar dos idosos⁽⁴⁾. A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB), nos artigos 229 e 230, estabelece que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os seus pais no processo de envelhecimento ou adoecimento e que família, sociedade e Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, garantindo-lhes participação na comunidade, defesa da sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. Quanto às políticas públicas no Estatuto do Idoso, na Política Nacional do Idoso e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa consta, também, a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento da sua institucionalização.

Embora as políticas públicas estimulem e priorizem o cuidado domiciliar ao idoso, as modificações sociais, como a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, a redução do número de filhos e mudança no padrão de nupcialidade, vêm transformando as estruturas familiares e contribuem para que se encontre um menor número de membros na família⁽⁵⁾. Neste contexto de maior longevidade e enxugamento da rede de apoio informal, a rede de apoio formal, pública ou privada, se torna importante fonte de cuidado ao idoso⁽⁶⁾.

A rede de apoio informal é a mais utilizada quando existe autonomia funcional, mas, quando esta deixa de dar resposta à situação do idoso, torna-se necessário recorrer à rede de apoio formal, mais utilizada em casos de idosos com incapacidades, devendo, contudo, haver

complementaridade entre ambas⁽⁷⁾. Neste contexto, as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) (públicas ou privadas) surgem como uma alternativa de cuidado não familiar, embora esta não seja uma prática frequente, visto que somente 1% da população idosa brasileira reside em ILPIs, segundo senso realizado nestas instituições. Em sua maioria os idosos brasileiros residentes nas instituições públicas são independentes, possuindo caráter de assistência social. Já, nas instituições privadas, há predomínio de idosos dependentes e semidependentes, que necessitam de suporte assistencial, e essas vem crescendo em número nos últimos anos⁽⁶⁾.

Estudos internacionais e nacionais têm identificado como fatores associados à institucionalização de idosos ter função cognitiva prejudicada, baixo IMC, quedas frequentes⁽⁸⁾, ser viúvo e portador de deficiência física⁽⁹⁻¹⁰⁾, ser portador de depressão e demência⁽⁹⁾ e ter idade superior a 80 anos⁽¹⁰⁾. No contexto local, investigação realizada em Porto Alegre verificou que os motivos que levaram à institucionalização de idosos foram: falta de condições físicas e mentais, falta de estrutura da casa para uma pessoa dependente, falta de conhecimentos suficientes para prestar cuidados de qualidade e falta de alguém para auxiliar o idoso na residência, visto que todos trabalhavam⁽¹¹⁾. Estudo de caso-controle de base populacional com 387 idosos do interior do Rio Grande do Sul (RS) apontou que os fatores que predispuseram à institucionalização de idosos foram: ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVDs)⁽¹²⁾.

Na perspectiva da responsabilidade filial, identificou-se investigação realizada na China, que buscou examinar a dinâmica de pais idosos e seus filhos cuidadores quanto à decisão pela institucionalização. Verificou que, devido à crescente fragilidade dos pais idosos, os filhos perceberam que a adesão total à responsabilidade filial (piedade filial) não beneficiaria os pais ou

a eles próprios, considerando assim a institucionalização como forma de prover os cuidados necessários aos pais⁽¹³⁾.

Não se identificaram até o momento estudos nacionais sobre a responsabilidade filial e a institucionalização. Neste cenário, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender as atitudes dos filhos cuidadores em relação à institucionalização de idosos na realidade brasileira. Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar as atitudes de responsabilidade filial de filhos cuidadores sobre a institucionalização. Para a enfermagem, acredita-se que este estudo possibilitará maior compreensão das atitudes dos filhos sobre a institucionalização, contribuindo na forma de analisar, organizar e advogar pela assistência ao idoso e ao cuidador no processo de envelhecimento, proporcionando melhor rede de apoio aos filhos cuidadores.

MÉTODOS

Estudo de natureza qualitativa descritiva com amostra intencional de 95 filhos cuidadores de pessoas idosas. Os critérios de inclusão foram: ser filho(a) cuidador no mínimo há três meses e que as atividades de cuidado aos pais envolvessem o(a) filho(a) por pelo menos três horas semanais, fosse no âmbito instrumental, financeiro ou emocional. Os critérios de exclusão foram: filhos cuidadores com idade menor que 18 anos, filhos que não responderam ao contato telefônico após três tentativas em horários e dias diferentes ou filhos cujo(s) pais(s) tivessem falecido no intervalo de tempo entre a realização do cadastro na unidade e a coleta de dados.

O estudo teve como campo duas unidades básicas de saúde, do Município de Porto Alegre/RS, localizadas no Distrito Centro. Além de possuírem a maior proporção de idosos do município (21,75%), as duas unidades desenvolvem atividades de atenção às pessoas idosas e seus cuidadores⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados se deu no domicílio do cuidador ou em local definido por ele, no segundo semestre de 2014. Os dados foram coletados por quatro pesquisadores treinados por

meio de entrevista estruturada face a face, com duração média de uma hora, gravada em dispositivo MP5 e posteriormente transcrita na íntegra para garantir a fidedignidade das falas. Para a coleta utilizou-se o protocolo *Filial Responsibility Across Cultures* (Responsabilidade Filial Intercultural), adaptado e validado para uso no Brasil^(1,15).

Para este estudo, selecionaram-se as questões 5d e 5f, que versam sobre em quais circunstâncias os filhos cuidadores admitiriam seus pais em uma ILPI. Essas questões foram aplicadas aos 95 filhos cuidadores. Também selecionou-se a questão 6c, sobre o que os filhos cuidadores esperavam dos seus filhos em termos de cuidado durante o seu envelhecimento. Essa questão foi aplicada apenas aos 68 cuidadores que possuíam filhos.

O processo de organização e exploração das informações foi realizado no *software* NVIVO®, versão 10, baseado nas categorias encontradas na dupla categorização. A análise das questões selecionadas se baseou na Análise Temática segundo Minayo⁽¹⁶⁾, que envolve três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Foram propostas duas categorias temáticas subdivididas cada uma em duas subcategorias: possibilidade de institucionalização dos pais idosos (com as subcategorias: não consideram em nenhuma circunstância; e consideram em algumas circunstâncias) e expectativa de cuidado (com as subcategorias: esperam receber cuidado; e não esperam receber cuidado). O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o nº 130500.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos filhos cuidadores, verificou-se que 74% eram mulheres, com média de idade de $54,04 \pm 10,17$ anos. A média da escolaridade foi de $13,96 \pm 4,87$ anos e mais da metade (58%) possuía emprego formal. Em relação ao estado conjugal, 42% dos respondentes eram casados ou possuíam companheiro, 37% eram solteiros ou nunca se casaram, 14% eram

separados ou divorciados e 8% eram viúvos. Quanto às relações de cuidado, constatou-se que 63% dos participantes eram os cuidadores principais, assumindo o cuidado em tempo integral. A maior parte (63%) eram filhas cuidadoras de suas mães e 61% residiam com os pais idosos. Entre os filhos cuidadores, 72% tinham filhos.

Para contemplar o objetivo do estudo, foram elaboradas categorias temáticas a partir das respostas dos filhos cuidadores. Durante o processo de análise e categorização das falas, identificou-se a inter-relação entre as categorias temáticas.

Possibilidade de Institucionalização dos Pais Idosos

Os 95 filhos cuidadores foram questionados sobre em quais circunstâncias eles considerariam a possibilidade de admitir seus pais em uma ILPI. Com base na leitura das entrevistas, foram elaboradas duas subcategorias temáticas que são apresentadas a seguir.

Não consideravam em nenhuma circunstância

Quando questionados, 61 filhos (64%) não consideravam nenhuma possibilidade para tal:

Eu não quero [...] Eu quero cuidar dela..., a não ser que eu não consiga mais, eu não aceito (F5).

Na verdade eu não pensaria. O máximo que nós toleraríamos seria uma hospitalização necessária, né, mas de colocar ela em um asilo [...] não pensaria nisso [...] (F29).

De jeito nenhum (F30).

Entre as justificativas para a não institucionalização, 27 filhos cuidadores relataram a preferência pelo cuidado familiar, mantendo os seus pais no seu ambiente, próximo aos seus familiares e amigos:

Nós não avaliamos isso, a família não avalia isso [...], nós optamos sempre por mantê-la na casa dela [...] (F8).

Nenhuma, primeiro porque eu não me afastaria dela e acho que não teria um motivo e não teria um porquê ela sair de dentro de casa de onde ela tem toda atenção [...] porque, por melhor que seja, não é a casa dela, né, e então realmente nunca me passou pela cabeça e nem pensar. (F26).

Em nenhuma [...] eu acho que, a partir do momento que tu tirar uma pessoa de casa, a não ser que ela tenha uma demência total, a pessoa morre. Se tira a vida dela, se tira ela do espaço dela. [...] (F83).

Há também falas sobre experiências prévias negativas com a institucionalização de outros familiares, filhos que a consideraram uma forma de abandono e de perda de referências:

Ah, de maneira nenhuma [...] porque eu já tive meu pai num lar de idosos e ele foi muito mal tratado, e muito mal cuidado (F17).

Não, eu acho que, isso eu acho que sem cogitação, isso é um tipo de abandono (F10).

Ah, eu não admito [...] eu acho que eles, eu trabalhei em casa de geriatria. Eu acho que eles perdem muito a referência [...] eles ficam muito perdidos (F16).

Outro motivo ainda seria a difícil convivência, pois eles encontrariam dificuldades em um ambiente coletivo, além de relatos de pais que não aceitariam a sua institucionalização:

Não, mas eu sei que meu pai não admite morar em casa de idosos, a gente foi muito ligado com a minha mãe, e o pai foi o fundador de um lar de idoso, onde ele morava na outra cidade [...] eu prometi pra eles que, se precisava, eu montava um mini-hospital dentro de casa [...] (F61).

Porque ele não quer. Ele é uma pessoa extremamente lúcida, já se conversou muito sobre isso [...] não colocá-lo num lar, porque eu sei que ele não quer (F64).

Não [...] a princípio porque ela não quer, né, ela não quer, é opinião dela (F86).

O sentimento de responsabilidade e obrigação de cuidar dos pais idosos é relatado pelos filhos. As falas evidenciam o cuidado aos pais como obrigação, como uma forma de retribuição pelo cuidado recebido na infância:

A gente teve uma educação de que o responsável pelos pais são os filhos [...] (F20).

Nenhuma, [...] porque eu acho que a minha obrigação mesmo como filha é cuidar dela (F49).

Afinal de contas eles cuidaram da gente desde que a gente nasceu, então, quando eles ficam velhos, ficam que nem criança e a gente tem que cuidar. Obrigação (F58).

Não, não consideraria [...]. Ele já cuidou da gente, cuidou neto, tem até bisneto agora, e nós não colocaríamos. A obrigação é nossa de cuidar (F80).

Consideravam em algumas circunstâncias

Dos 95 filhos, 34 (36%) consideraram a institucionalização de seus pais em algumas circunstâncias, embora muitas vezes o discurso fosse acompanhado da negativa da institucionalização. A admissão do idoso em uma ILPI foi apontada em circunstâncias em que o cuidador e outros familiares não tivessem mais condições de prestar o cuidado necessário no domicílio, fosse por agravamento da condição de saúde do idoso ou do cuidador, por mudanças na estrutura familiar, entre outros:

Isso é uma decisão bem difícil [...] Acho que o dia que eu realmente não tiver mais condições de cuidar dela, por questões físicas ou financeiras, eu já estou quase não podendo mais (F7).

As circunstâncias que eu não puder mais assistir, né, que tiver que ter mais cuidados mais específicos, tipo de enfermagem, tiver que tomar um soro, uma medicação, coisa mais complicada assim que a gente não sabe em casa, né (F47).

Nossa! Num último caso assim, se eu não conseguir cuidar, né, se eu realmente não tiver mais condições [...] (F93).

Acho que só se a gente não tiver condições de dar o que ela precisa em casa, algum atendimento especial que não possa ser prestado em casa (F97).

Evidenciou-se também a possibilidade de institucionalização caso o idoso viesse a ter alguma doença que afetasse sua capacidade de interação com a família:

Eu sempre pensei como último recurso, assim supondo que ela tenha um Alzheimer, por exemplo [...] (F21).

A não ser que seja uma coisa que fuja, por exemplo, que ele fique muito debilitado no déficit cognitivo, por exemplo, ou que não consiga mais comunicar as suas necessidades, aí precisa de um tratamento especial, enquanto isso não temos (F35).

Se eu não tivesse mais condições de cuidar dela, mas por algum problema que ela venha a ter, que se torne uma pessoa demente ou alguma coisa do gênero. Fora isso, não (F59).

Alguns filhos consideraram a institucionalização caso um de seus pais falecesse, visto que não teriam como manter a organização necessária para o cuidado, ou devido à convivência, que seria muito difícil:

[...] ela não quer que nem fale sobre o assunto, mas, se um dos dois falecer, eu, com certeza, porque não tem como conviver com a minha mãe na minha casa também (F54).

Em último caso eu colocaria [...] seria a colocação dela numa clínica por uma perda do pai, e eu não realmente ter condições de espaço físico dentro da minha casa pra cuidar dela (F55).

Caso o meu pai venha a se ausentar pra alguma necessidade, tentaríamos num primeiro momento manter a estrutura. [...] Caso não pudesse ser mantida, teria de ser um lar para idosos (F66).

Alguns filhos pensavam na possibilidade de institucionalização se fosse acessível financeiramente. Eles também apontaram a falta de um cuidador contratado de confiança e a dificuldade em mantê-lo:

Ah, se eu pudesse seria para anteontem [...] são 26 anos que eu estou com ela, nessa situação, e de cinco anos pra cá que ela parou de andar [...] eu não tenho condições financeiras (F14).

[...] é, eu até pensei uma vez, né, mas como o valor era muito alto eu desisti, porque às vezes dá trabalho, né, e eu sozinha [...] Olha, se fosse uma coisa mais acessível assim (F40).

Tenho pensado nisso, né. Porque eu tenho uma cuidadora [...] que tá hospitalizada, então provavelmente ela não volta mais comigo [...] por achar uma pessoa de confiança (F51).

Os participantes também relataram aspectos positivos que podem vir com a institucionalização, como maior rede social para o idoso, melhor organização e menor sobrecarga dos cuidadores, além de considerarem que a institucionalização é melhor do que contratar alguém para cuidado no domicílio:

Pois tem lugares assim que tem até bem bons, que eles até se comunicam e têm uma vida bem melhor do que dentro de casa às vezes, sem pessoas da mesma idade pra conversar, pra fazer um tricô, sei lá, pra qualquer coisa [...] (F11).

Tem clínicas maravilhosas, eu tenho umas amigas, já fui visitar [...] tem clínicas que são uns spa (F90).

[...]a gente vai pôr em uma instituição, porque ninguém vai poder ficar 24 horas com ela. E também cuidadora, acho melhor a gente colocar numa entidade que a gente conheça, boa, do que pôr uma pessoa que vai ser mais difícil (F100).

Expectativa de Cuidado

Os participantes (68) que possuíam filhos foram questionados quanto à sua expectativa de cuidado por parte de seus filhos durante o envelhecimento. Foram elaboradas duas subcategorias temáticas que são apresentadas a seguir.

Esperavam receber cuidado

Quando questionados, a maioria dos filhos cuidadores (46) relatou esperar ser cuidado pelos seus filhos na sua velhice. Muitos respondentes esperavam receber esse cuidado de uma forma natural, devido ao cuidado que tiveram com os filhos e exemplo que davam cuidando de seus pais:

Com certeza [...] porque é uma coisa natural, não tem como escapar [...] (F30).

[...] porque cada um é de um jeito, né, então eu sempre tentei proteger [...] espero que eles façam exatamente o que eu estou fazendo por eles (os pais) (F36).

Sim [...] não porque eu estou fazendo isso por ela, mas, se eu precisar, eu acho que é a lei natural da vida. O amor que tu dedica aos teus filhos que eles também possam um dia fazer isso por ti, quando tu precisar (F55).

Que eles façam a mesma coisa comigo. Que eles me cuidem igual (F92).

Alguns filhos esperavam o cuidado na sua velhice, mas este poderia ser através de atenção e carinho, considerando o caso de sua institucionalização:

Ah, espero. Eu já disse pra eles: quando precisar me botem numa, podem me botar numa casa geriátrica, tranquilo (F13).

Bom, eu espero a presença dele. Não necessariamente como assim estou fazendo, porque eu acho que envolve uma porção de coisas. [...] espero que ele esteja presente, pode ser que eu esteja numa geriatria, entende, não quer dizer que ele tem que fazer a mesma coisa (F18).

Que ela tenha um cuidado comigo, mas que ela não se sacrifique assim, que ela esteja presente, mas, se ela achar melhor me deixar num lar de idoso, não tem problema (F61).

Evidenciou-se nas falas que os participantes não queriam demandar muito cuidado aos filhos. Eles esperavam ser saudáveis ou não precisar do cuidado deles, inclusive se organizando e estruturando para que fosse o menos trabalhoso para os filhos:

Eu não quero chegar na minha velhice sem uma estrutura [...] eu quero que elas tenham afeto, mas não tenham que me cuidar, porque é muito (F21).

[...] eu espero, que eu dei a criação deles, que eles estejam, vamos dizer, presentes[...]. Mas espero que tenha sido bem objetivo, quero morrer de uma forma bem mais fácil que minha mãe [...] (F66).

Eu espero não dar trabalho [...] E eu sempre dizia assim: Eu espero que, o dia que eu precisar, eu tenho vocês do meu lado. Que é os meus filhos, que a gente precisa muito dos filhos (F96).

Os filhos cuidadores relataram que o cuidado não deve ser uma obrigação, mas esperavam a presença dos seus filhos durante o seu envelhecimento.

Eu botei eles no mundo, eu tenho a obrigação. Eles não me botaram no mundo, então eu acho assim, se eles quiserem ou se eles tiverem tempo [...] tudo bem, cuidem da mãe velha [...] (F11).

Olha, na medida em que eu pude ensiná-los, entende, sempre eles estão presentes, então eu não obrigo, eu não forço a situação (F33).

Ah, eu espero que não precise cuidar de mim. Mas assim, não fico cobrando de filho essa coisa de: Ah, que vai ter que cuidar de mim. Porque assim, ó, eu penso muito nisso: os filhos não foram preparados para cuidar de seus pais [...] (F70).

Não esperavam receber cuidado

A ausência de expectativa de cuidado foi evidenciada na fala de alguns participantes (22).

Destes, grande parte evidenciou que não esperava ser cuidada pelos seus filhos, considerando a sua admissão em uma ILPI como meio de receber o cuidado necessário no seu processo de envelhecimento:

Eu não espero nada de ninguém, eu já estou me preparando pra ir pra uma geriatria, eu não quero depender de ninguém [...] cada um tem a sua vida, né, filho, família, tudo (F46).

Não. A minha filha vai me botar numa clínica. E eu prefiro! (F63).

Acho que não tem muito função de eles ficarem me cuidando. Porque cada um tem a sua vida. Eu pensaria, contudo, se tivesse condições financeiras, ficar numa clínica (F75).

Dentre os motivos, foi relatada a mudança nos valores e princípios desta geração, afastando os seus filhos do papel de cuidadores.

Olha, francamente, eu não espero nada. Essa geração que está hoje, eu não espero nada. Já estou até programada, quem vai pro asilo sou eu, eu que vou querer ir (F10).

Não [...] porque a vida hoje em dia é diferente, né, até a gente não quer ocupar eles assim, eles têm a vida deles, né (F44).

Eu acho que a gente cria os filhos não pra cuidar da gente, eu acho que a gente cria os filhos pra vida [...] eu não tenho aquela ideia das gerações antigas [...] eles criavam muito os filhos pra velhice deles próprios, pra mim isso é uma... um egoísmo, sabe? (F91).

A situação de separação dos pais e a criação dos filhos longe foi um dos fatores citados pelos respondentes que não esperavam cuidado em sua velhice por parte dos filhos:

Não espero muita coisa, não [...] porque eles foram criados muito afastados de mim e, sei lá, eu acho que não. Na minha velhice eu acho que não (F1).

Não espero muito, porque eu quase não tenho contato com ela, entendeu? [...] não tem aquele, sabe? Aquele elo de filho, então não espero muita coisa não (F67).

Alguns respondentes mencionaram que não esperavam receber cuidado de seus filhos, por ser a maioria do sexo masculino, por serem mais independentes e pelo cuidado que seria diferente, prestado pelas suas noras.

Eu quero ir pra uma clínica. Eu quero ir [...] são três homens e ela, minha filha, é a única filha e ela tem a vida dela, os problemas dela, ela não vai ter condições [...] (F17).

Como eu tenho dois homens, eu não [...] eu acho que é difícil assumir, e homens, né, nenhum deles é casado ainda e, mesmo que fosse, né, eu acho que uma nora seria exigir muito (F37).

Olha, eu tenho dois filhos homens e uma menina, uma mulher [...] Os meninos vai ser mais difícil porque é com nora, né [...] Mas eu vou dizer pra ela que, se um dia eu ficar sem possibilidade de fazer alguma coisa ou incomodando, que ela pode me colocar numa clínica [...] (F100).

DISCUSSÃO

A atitude de responsabilidade filial apareceu nas falas dos filhos cuidadores que negaram a institucionalização e dos que a consideravam em algumas circunstâncias. Dentre as negativas para institucionalização, foi apontada a preferência pelo cuidado domiciliar aos seus pais idosos. Esta atitude vem ao encontro de afirmativas identificadas na literatura de que manter o idoso no

seu domicílio permite a conservação de suas redes sociais, preservando seus marcos ambientais e ofertando melhor qualidade de vida⁽¹⁷⁾. Apesar de relatos dos filhos sobre experiências negativas na institucionalização de outros familiares, evidenciou-se estudo em que idosos optaram pela institucionalização após terem contato com experiências positivas de familiares e amigos⁽¹³⁾.

Para as gerações brasileiras mais antigas, as ILPIs ainda carregam marcas, pois atuavam mais como suporte social, em que os idosos sem condições financeiras e de suporte familiar recorriam a este tipo de cuidado. Entretanto, como citado anteriormente, na realidade brasileira as instituições de longa permanência vêm tendo seu perfil modificado⁽⁵⁾.

Outra justificativa para a não institucionalização foi o entendimento de que esta ação representaria abandono do pai idoso. Esta visão foi semelhante à percepção de pais idosos chineses que encaravam a institucionalização também como abandono e como desrespeito dos filhos, ainda que o país possua instituições financiadas pelo governo com atendimento de qualidade e com valores mais acessíveis⁽¹³⁾.

Nesse mesmo estudo chinês, país no qual os valores de piedade filial são arraigados, os filhos cuidadores revelaram preocupação com o que os outros familiares e amigos poderiam pensar quanto à institucionalização do pai idoso⁽¹³⁾. O sentimento de abandono mostra que a responsabilidade filial é levada em conta nas decisões de institucionalizar nas duas culturas.

Foi apontado também pelos filhos cuidadores que o cuidado aos pais é uma forma de retribuição pelo cuidado que receberam anteriormente. Estes resultados remetem ao conceito de reciprocidade retardada proposto por Funk, em que o cuidado prestado aos pais idosos seria uma forma de os filhos cuidadores retribuírem o cuidado recebido durante a infância. No estudo canadense, este conceito foi rejeitado como visão de simples devolução de cuidados, o que colocaria o cuidado aos pais idosos como uma obrigação, eles preferiam ver a reciprocidade

como retorno do amor e afetividade com os pais idosos⁽¹⁸⁾. Cabe ressaltar que o cuidado aos idosos no Canadá é de responsabilidade do Estado, diferentemente da realidade brasileira.

A difícil convivência com os pais foi outro motivo para a não institucionalização, pois eles encontrariam dificuldades em um ambiente coletivo. De modo contrário, verificou-se na literatura o relato de um idoso que foi institucionalizado devido à difícil convivência entre ele e sua família. Na maior parte dos relatos dos filhos do estudo chinês, não foram mencionados os conflitos de relação com os pais, como uma forma de manter a visão normativa de responsabilidade filial, que é muito forte na cultura em questão⁽¹³⁾.

Em relação à possibilidade de institucionalização, os filhos relataram o agravamento de saúde do idoso e a sua dependência para realização de ABVDs e atividades instrumentais de vida diária (AIDVs) como limitantes do cuidado no domicílio. Este achado corrobora com outros estudos em que os idosos com incapacidades físicas, dependência para realização de ABVDs e presença de doenças crônicas apresentaram maior chance de serem institucionalizados⁽⁸⁻¹²⁾.

Os filhos relataram que, na intensificação dos cuidados aos pais idosos, a ILPI é uma alternativa para fornecer o cuidado que as famílias não poderiam dar, assim como evidenciado por outros estudos nacionais e internacionais^(11, 13). Além da intensidade dos cuidados, a estrutura do domicílio foi relatada pelos filhos cuidadores como fator que dificulta o cuidado, fazendo-os considerar a institucionalização de seus pais⁽¹¹⁾.

Outra possibilidade de institucionalização citada pelos filhos foi devido à redução dos recursos familiares, como número de pessoas e a falta de preparo para prestar cuidado. De forma semelhante, em investigação chinesa este fator também influenciou a institucionalização. Nos casos em que havia maior necessidade e complexidade de cuidados, os filhos cuidadores acabaram por sugerir a institucionalização aos pais idosos⁽¹³⁾.

Os filhos cuidadores relataram ainda outro motivo para a institucionalização, como a ocorrência de doenças que prejudicam a capacidade cognitiva de seus pais. Outros estudos também verificaram que doenças como o Alzheimer, o Parkinson, e outras demências foram fatores mais significativos para a institucionalização^(8-9,12).

Os filhos cuidadores consideraram a institucionalização caso um de seus pais falecesse, o que vai ao encontro do identificado em outros estudos: maior proporção de idosos sem companheiro no grupo dos institucionalizados em relação ao grupo de idosos residentes no domicílio^(9-10,12).

O valor elevado para se manter um idoso em uma ILPI foi um fator apontado pelos respondentes que limitou a institucionalização. Tal dado vai de encontro ao verificado em estudo na Finlândia⁽⁸⁾, entretanto as condições econômicas dos dois países são diferentes. Ainda, em outro estudo, foi verificado que a proporção de idosos com renda superior a três salários mínimos foi maior no grupo de idosos institucionalizados em relação aos residentes nos domicílios⁽¹²⁾.

De modo controverso, estudo apontou que os gastos com a manutenção de cuidadores no domicílio, principalmente nos graus de maior dependência do idoso, em que se faz necessário mais de um cuidador para manter o cuidado de forma ininterrupta, geralmente são mais elevados do que os gastos com uma ILPI⁽¹¹⁾. Nestes casos de indisponibilidade financeira para institucionalizar ou fornecer cuidados formais no domicílio, acaba-se por sobrecarregar o apoio informal, que não tem com quem compartilhar a tarefa de cuidar.

Além do valor elevado para se manter a rotina de cuidados, discutida anteriormente, foi citada a dificuldade na contratação e manutenção de cuidadores formais no domicílio. Nesse aspecto, foi encontrada semelhança com estudo que identificou que a dificuldade de conseguir bons cuidadores, manter o cuidado em turno integral, gerenciar as faltas e ainda assumir o cuidado na falta do cuidador formal são fatores que influenciam a institucionalização⁽¹¹⁾.

Os aspectos positivos da institucionalização também foram lembrados pelos participantes. Em estudo chinês, cerca de metade dos filhos acreditava que a institucionalização poderia ajudar a aumentar as interações sociais dos pais idosos⁽¹³⁾. Em estudo com profissionais e idosos de uma ILPI, foram relatados maior sociabilidade e maior nível de atividades para os idosos que, antes, poderiam estar privados dessa convivência no domicílio⁽¹¹⁾.

Nas respostas quanto à expectativa de cuidado no seu processo de envelhecimento por parte de seus filhos, evidenciou-se que esperavam receber esse cuidado de uma forma natural, devido ao cuidado que tiveram com os filhos e exemplo que davam cuidando de seus pais. Este achado recorda a reciprocidade retardada, citada anteriormente. No estudo de Funk também é abordado o conceito de reciprocidade preparatória como forma de demonstrar e modelar o cuidado esperado de seus filhos na velhice⁽¹⁸⁾. De forma controversa, conforme descrito na investigação canadense, os filhos evitaram a reciprocidade preparatória como forma de esperar cuidado de seus filhos.

Os filhos cuidadores esperavam maior retribuição de afeto e outras formas de cuidado, como visitas e apoio emocional. Este afastamento dos cuidados das ABVDs e AIVDs pode refletir a sua experiência, visto que eles estavam passando por esta situação de cuidado aos pais e, na maioria das vezes, eram os cuidadores principais e acabavam sobrecarregados. Em estudo chinês, os pais idosos institucionalizados se mostraram satisfeitos com a possibilidade de receber cuidado de seus filhos na forma de visitas ou pela proximidade da ILPI, em relação à residência de seus filhos⁽¹³⁾. Este afastamento das atividades diárias ainda reflete que eles não queriam a mesma carga para seus filhos, prevendo a limitação da rede de cuidados que iria se acentuar.

Os filhos que esperavam receber cuidado no seu processo de envelhecimento ainda relataram que estavam se organizando e estruturando para que o cuidado viesse a ser o menos

trabalhoso para os filhos. Semelhante, estudo chinês verificou que alguns idosos decidiram pela institucionalização quando perceberam o aumento da carga de cuidados de seus filhos⁽¹³⁾.

Quanto aos que não esperavam receber cuidados de seus filhos, a institucionalização foi apontada como uma forma de receber o cuidado de que iriam necessitar no processo de envelhecimento. Assim como foi verificado em estudo com idosos institucionalizados que todos possuíam filhos e este fato não constituiu fator protetor à institucionalização⁽¹¹⁾.

No relato destes filhos, outro motivo para não esperarem cuidado é a mudança dos valores e princípios da geração atual, que afastam os filhos do papel de cuidadores. Outro estudo também verificou que, no cuidado aos idosos, por vezes, surgem conflitos pelo fato de os idosos terem vivenciado outros contextos culturais, com suas crenças, que divergem das gerações jovens⁽¹⁹⁾.

Além disso, foi relatado que não esperavam cuidado de seus filhos, por terem filhos homens. De modo semelhante, investigação identificou que idosos optaram pela institucionalização e alguns motivos foram a relação com a nora, que era a maior prestadora de cuidados⁽¹³⁾. Neste contexto, vê-se que, embora tivessem o filho cuidador, a maior parte do cuidado seria prestado pelas noras, retomando ao papel da mulher como prestadora de cuidados.

Nas falas dos filhos cuidadores não foram relatadas outras fontes de cuidado e de apoio formais. Um dos respondentes sugeriu que, se houvesse um local onde o idoso pudesse passar um dia ou um período, já seria de auxílio para os filhos cuidadores. A ampliação da rede de cuidados aos idosos, como os centros-dia, talvez pudesse responder a essa demanda. Junto a isso, nota-se a imensa responsabilidade dos filhos na prestação destes cuidados, ainda mais respaldados pela CFB de 1988, e a pouca complementaridade e responsabilidade do Estado no apoio a estes filhos, como no fornecimento de cuidados de longa duração, entre outros.

A responsabilidade filial enfatiza a responsabilidade dos filhos em apoiar seus pais, mas negligencia o papel do apoio formal do governo para ajudar a família. Embora valorizada pela

cultura brasileira, ela vem se modernizando para dar sentido às novas relações no mundo atual. Esta nova norma afirma a responsabilidade dos filhos de respeitar e apoiar os pais, mas enfatiza a importância do sistema de seguridade social para o apoio econômico às pessoas idosas e a importância do respeito mútuo entre as gerações. Portanto, assim como apontado em estudo chinês, o papel do suporte formal tornou-se uma parte fundamental da nova norma⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os filhos cuidadores que não consideraram a possibilidade de institucionalização dos pais idosos assumiram esta atitude por preferirem o cuidado próximo à família e por considerarem a institucionalização uma forma de abandono. Experiências prévias negativas, a possível dificuldade de convivência dos pais em outro ambiente, e a não concordância do idoso com a institucionalização foram outros motivos relatados. A responsabilidade filial no sentido de obrigação e retribuição foi elencada como justificativa para manter os idosos nos domicílios. A institucionalização foi considerada como última opção, quando a rede de apoio informal estivesse esgotada ou sem condições de suprir as necessidades de cuidado ao idoso. O alto valor para se manter um idoso em uma ILPI foi apontado também como impeditivo para a institucionalização.

Os filhos esperavam ser cuidados por seus filhos de forma natural e não como obrigação. Consideravam a possibilidade de serem institucionalizados, desde que recebessem atenção e carinho. Não queriam demandar muito cuidado, esperando ser saudáveis ou se organizando para que esta etapa viesse a ser o menos trabalhosa possível. A ausência de expectativa de cuidado foi evidenciada principalmente nas situações de distanciamento entre os filhos cuidadores e seus filhos. Os respondentes relacionaram esta atitude à mudança de valores da nova geração e por terem filhos do sexo masculino. Consideravam ainda a sua admissão em uma ILPI como meio de receber o cuidado necessário durante a velhice.

Para a prática de enfermagem, este estudo possibilita maior compreensão das atitudes dos filhos sobre a institucionalização, auxiliando na organização da rede formal por meio de ações de saúde voltadas para a promoção da qualidade de vida no envelhecimento e para a assistência ao idoso e cuidador no processo de envelhecimento, proporcionando uma rede de apoio melhor aos filhos cuidadores e seus pais.

Como limitações do estudo, identifica-se que a investigação foi realizada apenas com os filhos cuidadores, não analisando as atitudes de responsabilidade filial entre as gerações. Outros estudos que comparem as atitudes intergeracionais podem desvelar novos conhecimentos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. ChappellNL, Funk LM. Filial Caregivers: diasporic chinese compared with homeland and hostland caregivers. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26(4):315-29. doi: 10.1007/s10823-011-9154-x
2. Aires M, Weissheimer AM, Rosset I, de Oliveira FA, de Moraes EP, Paskulin LM. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. *IntNurs Rev*. 2012;59(2):266-73. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00940.x
3. Funk L. Comprehensive special area exam: a critical literature review and synthesis on filial responsibility, 2005. Material não publicado.
4. Funk L. The interpretive dynamics of filial and collective responsibility for elderly people. *Can Rev Sociol*. 2010;1(47):71-92. doi: 10.1111/j.1755-618X.2010.01223.x
5. Kanso S, Camarano AA, Mello JL, Carvalho DF. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil [internet]. In: Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2010 set 20-24 [citado 8 out. 2017]; Caxambu/MG, Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2405/2359>
6. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades [internet]. In: Camarano AA (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-67 [citado 20 ago. 2016]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf
7. Marques EMBG, Sánchez CS, Vicario BP. O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2014;(23):253-71. doi: 10.7179/PSRI_2014.23.11

8. Salminen M, Vire J, Viikari L, Vahlberg T, Isoaho H, Lehtonen A et al. Predictors of institutionalization among home-dwelling older Finnish people: a 22-year follow-up study. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(3):499-505. doi: 10.1007 / s40520-016-0722-3
9. Hajek A, Brettschneider C, Lange C, Posselt T, Wiese B, Steinmann S et al. Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. *PLoSOne*. 2015;10(12): e0144203. doi: 10.1371/journal.pone.0144203
10. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(1):147-53. doi: 10.1590/S0034-89102012000100018
11. Malheiro AD, Nunes PRR. Institucionalização de idosos em Porto Alegre, RS [internet]. *Unoesc & Ciência– ACHS*. 2015[citado 15 set. 2017];6(2):187-94. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/7729>
12. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev. bras. geriatr. gerontol*.2016;19(6):1004-14. doi: 10.1590/1981-22562016019.160043
13. Chen L. Power and ambivalence in intergenerational communication: Deciding to institutionalize in Shanghai. *J Aging Stud*. 2017;41:44-51. doi: 10.1016/j.jaging.2017.03.004
14. Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre [Internet]. Serviços de Saúde por Região. Porto Alegre, SMS; 2016 [citado 12 set. 2016]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=834
15. Aires M. Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem-estar [tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [citado 10 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148187>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
17. Mahler M, Sarvimäki A, Clancy A, Stenbock-Hult B, Simonsen N, Liveng A et al. Home as a health promotion setting for older adults. *Scand J Public Health*. 2014;42(15):36-40. doi: 10.1177/1403494814556648
18. Funk LM. ‘Returning the love’, not ‘balancing the books’: talk about delayed reciprocity in supporting ageing parents. *Ageing Soc*. 2012;32(04):634-54. doi: 10.1017/s0144686x11000523
19. Silva DM, Vilela ABA, Nery AA ,Duarte, ACS, Alves MR, MeiraSS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015[citado 2 dez. 2017];20(7):2183-91.doi: 10.1590/1413-81232015207.17972014
20. Du P. Intergenerational solidarity and old-age support for the social inclusion of elders in Mainland China: the changing roles of family and government. *Ageing Soc*. 2013;33(1):44-63. doi: 10.1017/S0144686X12000773

REFERÊNCIAS

AIRES, M. et al. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. **International Nursing Review**, Oxford, v. 59, n. 2, p. 266-273, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00940.x>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

AIRES, M. **Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem-estar**. 2016. 201f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra**. Petrópolis, R.J, Vozes, 1999. p. 33.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 18 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeadaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>>. Acesso em: 14 out. 2017.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 13-38. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CAMARANO, A. A. et al. Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-167. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

CHAPPELL, N. L.; FUNK, L. M. Filial Caregivers; diasporicchinese compared with homeland and hostland caregivers. **Journal of Cross-cultural Gerontology**, Dordrecht, v. 26, n. 4, p.315-329, 29 out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10823-011-9154-x>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

CHAPPELL, N. L.; FUNK, L. M. Filial responsibility: does it matter for care-giving behaviours? **Ageing and Society**, Cambridge. v. 32, n. 07, p.1128-1146, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x11000821>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

CHEN, L. Power and ambivalence in intergenerational communication: Deciding to institutionalize in Shanghai. **Journal of aging studies**, Greenwich, v. 41, p. 44-51, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.03.004>>. Acesso em: 7 out. 2017.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: CRESWELL, J. W. **Seleção de um projeto de pesquisa**. Porto alegre: Artmed, 2010. 296p. p. 25-47.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 46, n. 1, p.147-53, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>>. Acesso em: 4 set. 2016.

DONORFIO, L. M.; SHEEHAN, N. W. Relationship dynamics between aging mothers and caregiving daughters: Filial expectations and responsibilities. **Journal of Adult Development**, New York, v. 8, n. 1, p.39-49, 2001.

DRUMOND, C. H. et al. Transição demográfica e atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde: um estudo de revisão sobre o cenário brasileiro. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 320-7, 2013.

FUNK, L. **Comprehensive special area exam: a critical literature review and synthesis on filial responsibility**, 2005. Material não publicado.

FUNK, L. The interpretive dynamics of filial and collective responsibility for elderly people. **Canadian Review of Sociology**, Hoboken, v. 1, n. 47, p.71-92, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-618X.2010.01223.x>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

FUNK, L. M. 'Returning the love', not 'balancing the books': talk about delayed reciprocity in supporting ageing parents. **Ageing and Society**, Cambridge, v. 32, n. 04, p.634-654, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x11000523>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

FUNK, L. M.; CHAPPELL, N. L.; LIU, G. Associations between filial responsibility and caregiver well-being: are there differences by cultural group? **Research on Aging**, Beverly Hills, v. 35, n. 1, p.78-95, 18 nov. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0164027511422450>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

HAJEK, A. et al. Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. **Public Library of Science one**, São Francisco, v. 10, n. 12, p. e0144203, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0144203>>. Acesso em: 7 out. 2017.

IBGE. **Programa Nacional por Amostra de Domicílio, 2017**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/calendario_2017.php>. Acesso em: 24 nov. 2017.

_____. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.sh>. Acesso em: 12 set. 2016.

KANSO, S. et al. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2010, Caxambu/MG. **Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. 17p. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/2405/2359>>. Acesso em: 10 out. 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n.1, p. 165-80, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>>. Acesso em: 20 set. 2017.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. **Suporte social ao idoso dependente**. In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1441-7.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004-14, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>>. Acesso em: 4 out. 2017.

MALHEIRO, A. D.; NUNES, P. R. R. Institucionalização de idosos em Porto Alegre, RS. **Unoesc & Ciência– ACHS**, Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 187-94, 2015. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/viewFile/7729/5168>>. Acesso em 04 out. 2017.

MARQUES, E. M. B. G.; SÁNCHEZ, C. S.; VICARIO, B. P. O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso. **Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria**, Sevilla, n. 23, p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2014.23.11>. Acesso em: 8 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v.19, n.3, p. 507-19, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. Acesso em 13 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional de Viena sobre El envejecimiento**. Viena, Áustria, (Resolución 37/51); 1982. Disponível em: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre El envejecimiento**. Madri, Espanha, (Resolución 57/167); 2002. Disponível em: <<https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991.

_____. Proclamação sobre Envelhecimento. Resolução 47/5 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 16 de outubro de 1992. Disponível em: <<http://hrlibrary.umn.edu/resolutions/47/5GA1992.html>>. Acesso em: 4 out. 2017.

SALMINEN, M. et al. Predictors of institutionalization among home-dwelling older Finnish people: a 22-year follow-up study. **Aging clinical and experimental research**, Milão, v. 29, n. 3, p. 499-505, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s40520-016-0722-3>>. Acesso em: 7 out. 2017.

SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, p. 358-71, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12819/2013.10.2.20>>. Acesso em 13 nov. 2016.

SMS DE PORTO ALEGRE. **Serviços de Saúde por Região**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=834>. Acesso em: 12 set. 2016.

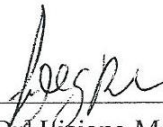
_____. **Dados Demográficos de Porto Alegre - IBGE 2010**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=918>. Acesso em: 12 set. 2016.

ZENG, L. et al. Responsibility and burden from the perspective of seniors' family caregivers: a qualitative study in Shanghai, China. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, Madison, v. 7, n. 7, p. 1818-1828, 2014.

APÊNDICE A – Termo de autorização de utilização do banco de dados pela pesquisadora e coordenadora do estudo seminal

As pesquisadoras responsáveis, Professora Doutora Lisiane Manganelli Girardi Paskulin e a Doutora em Enfermagem Marinês Aires, estão cientes e autorizam a utilização do banco de dados do projeto “RESPONSABILIDADE FILIAL: ATITUDES DE FILHOS CUIDADORES SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO”, trabalho de conclusão de curso da acadêmica de enfermagem Duane Mocellin, sob a orientação da professora doutora Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre, 07 de dezembro de 2017.



Prof^a Dr^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin



Prof^a Dr^a Marinês Aires

ANEXO A – Protocolo de pesquisa *Filial Responsibility Across Cultures*

RESPONSABILIDADE FILIAL INTER-CULTURAL: ROTEIRO DE ENTREVISTA

SEXO, anotado pelo entrevistador

Masculino (1)

Feminino (0)

Obrigado/a por aceitar a participar desta entrevista. Eu gostaria de iniciar perguntando algumas questões básicas sobre você, como sua idade.

1. Qual o seu mês e ano de nascimento? Mês: _____ Ano: _____

2. Qual o seu estado conjugal atual?

- (1) casado/morando com companheiro
- (2) viúvo
- (3) divorciado/separado
- (4) solteiro/nunca casou

3 Quantos anos você estudou?

4 a. Atualmente você tem algum emprego ou você realiza algum trabalho sendo remunerado?

- (1) SIM
- (0) NÃO

4b. **Em caso afirmativo** em média, quantas **horas por semana** você trabalha sendo remunerado?

5 a. Você mora sozinho ou com outras pessoas?

- (0) SOZINHO
- (1) COM OUTROS:

Para cada pessoa: Qual é a relação deles com você? (anote se marido, filho, etc.) Qual a idade deles?

- 1. Relação _____ Idade _____
- 2. Relação _____ Idade _____
- 3. Relação _____ Idade _____
- 4. Relação _____ Idade _____
- 5. Relação _____ Idade _____
- 6. Relação _____ Idade _____
- 7. Relação _____ Idade _____
- 8. Relação _____ Idade _____

5b. Qual é o estado civil atual de **seu/sua** _____?

- (1) casado/morando com companheiro
- (2) viúvo
- (3) divorciado/separado
- (4) solteiro/nunca casou

(Se eles relatarem acima que o pai ou a mãe referido(a) para esta entrevista mora com eles, siga para a 5c e 5d abaixo, caso contrário, siga para a 5e.)

5c. Há quanto tempo seu/sua _____ mora com você (em anos)? _____

5d. Sob quais circunstâncias, se alguma, você consideraria a admissão de seu/sua _____ numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos? (*Explorar: Por favor, explique*)

(siga para a questão número 6)

5e. Se não estiver morando com um dos pais: Seu/sua _____ vive por conta própria; com cônjuge; numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos(asilos), ou outros?

- (1) Por conta própria **(siga para 5f)**
- (2) Com cônjuge **(siga para 5f)**
- (3) Numa instituição ou lar para idosos (asilo) **(siga para 5g se aplicável)**
- (4) Outro (especifique: _____) **(siga para 5g se aplicável)**

5f. Sob quais circunstâncias, se alguma, você consideraria a admissão de seu/sua _____ numa instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos (asilo)? *(explorar: Por favor, explique)*

5g. Quanto tempo você leva para chegar até a casa/ instituição de longa permanência para idosos ou lar para idosos?(asilo) de seu/sua _____? _____(minutos) OU _____(horas)

5h. Como você vai até a casa de seu/sua _____ normalmente?

- (1) De carro
- (2) De ônibus ou taxi
- (3) Caminhando

5i. Você já considerou a possibilidade de seu/sua _____ morar com você? Por que/ Por que não?(**Explique**)

6a. Você tem filhos (se eles moram ou não com você)?

- (0) NÃO **(siga para a questão número 7)**
- (1) SIM

6b. **(Em caso afirmativo)** Quantos filhos? _____

6c. **(Em caso afirmativo).** Ao envelhecer, o que você espera de seus próprios filhos, em termos de cuidado?

7a. Você tem irmãos?

- (0) NÃO **(siga para a questão número 8)**
- (1) SIM

7b. **(Em caso afirmativo)** Quantos irmãos? _____

7c. O irmão mais próximo geograficamente, mora a que distância de seu/sua ----? (distância estimada em minutos/horas) _____

8a. Você tem irmãs?

- (0) NÃO **(siga para a questão número 9)**
- (1) SIM

8b. **(Em caso afirmativo)** quantas irmãs? _____

8c. A irmã mais próxima geograficamente mora a que distância de seu/sua _____? (distância estimada em minutos/horas) _____

9a. **Entrevistador: Pergunte somente àqueles que não moram com seus pais:** Tanto seu pai como sua mãe ainda estão vivos?

- (0) NÃO (**somente o pai vivo ou a mãe viva**)
(1) Sim

9b: (**Em caso afirmativo**) Ambos os pais moram juntos?

- (0) NÃO
(1) SIM

9c: (**Em caso afirmativo**) Eles cuidam um ao outro?

- (0) NÃO
(1) SIM

9d. Por favor explique, conte-me um pouco sobre o tipo de cuidado que eles prestam, se eles são capazes de prestar cuidado...

Para as próximas questões eu perguntarei sobre quem está envolvido com o cuidado de seu/sua _____. Não o nome da pessoa envolvida, mas a relação dessa pessoa com você. Você pode também, para uma das respostas, dizer você mesmo/a, e você pode também responder mencionando um provedor formal de serviços ou até uma organização (como “lar para idosos”).

9e. Quem você diria que presta a **MAIOR** parte do cuidado para seu/sua _____? _____ (se for você, omita a 9f)

9f. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua _____?

9g. **Em segundo lugar**, quem presta mais cuidado a seu/sua _____? (Se você mesmo, omita a questão 9h)

9h. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua _____?

9i-**Em terceiro lugar**, quem presta mais cuidado? _____? (se for você, omita a 9j)

9j. Como eles estão envolvidos ou o quê eles fazem para ajudar seu/sua _____?

9k. **Mais alguém** está envolvido com o cuidado de seu/sua -----? **Em caso afirmativo**, quem e como está envolvido/ o que ele(a) faz?

*****questões 10 and 11 omitidas (somente para amostras chinesas e Canadenses)*****

12. Para a idade deles você diria, em geral, que a saúde de seu/sua ---- é excelente, boa para a idade deles, regular para a idade deles, ruim para a idade deles ou péssima para a idade deles?

- (1) Excelente (nunca impede as atividades)
(2) Boa para a idade deles (raramente impede as atividades)

- (3) Regular para a idade deles (eventualmente impede as atividades)
- (4) Ruim para a idade deles (muito frequentemente impede as atividades)
- (5) Péssima para a idade deles (normalmente ou sempre impede as atividades)

13. Seu/sua _____ tem alguma dificuldade para lembrar coisas que aconteceram recentemente, como na última semana?

- (0) NÃO
- (1) SIM

14. Você diria que, de modo geral, a memória recente de seu/sua _____ é:

- (1) Excelente (nunca impede as atividades)
- (2) Boa (raramente impede as atividades)
- (3) Regular (eventualmente impede as atividades)
- (4) Ruim (muito frequentemente impede as atividades)
- (5) Péssima (normalmente ou sempre impede as atividades)

15a. No último ano, você percebeu alguma mudança na saúde física ou mental do seu/sua _____?

- (0) NÃO
- (1) SIM

15b: **(Em caso afirmativo)** que mudanças? _____

16a. Seu/sua ---- recebeu algum diagnóstico de demência ou alguma forma similar de comprometimento cognitivo?

- (1) SIM
- (0) NÃO

16b: **(Em caso afirmativo)** Que idade eles tinham quando receberam o primeiro diagnóstico? (Idade em anos) _____

ESCALA DE EXPECTATIVA FILIAL

17. Vamos passar agora para **o tema do apoio dos filhos adultos aos pais idosos**. Vou ler algumas frases e, para cada um delas, por favor, indique se você discorda muito, discorda um pouco, não tem certeza, concorda um pouco ou concorda muito. Indique a opção que descreve melhor como você se sente sobre a frase. Não existem **respostas certas ou erradas**; Nós estamos interessados em saber como você percebe essas situações. *Mostre a escala de opções de resposta*

a) "Os filhos devem viver perto dos pais."

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo muito

b) "Os filhos devem querer ter uma casa com espaço suficiente para que os pais se sintam à vontade para morar juntos."

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo muito

c) "c) "os filhos devem estar dispostos a cuidar de seus pais, fazendo tudo o que for necessário quando eles estiverem doentes"

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo muito

d) "Os filhos devem estar dispostos a ajudar seus pais financeiramente se for preciso."

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo muito

e) "Se os filhos moram perto dos pais depois de adultos, eles devem visitar os pais pelo menos uma vez por semana."

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo muito

ESCALA DE DEVER FILIAL

18. Agora vou ler outros itens sobre **o tema de apoio aos pais idosos**. Para cada um desses itens, por favor, indique se você discorda totalmente, discorda um pouco, não tem certeza, concorda um pouco ou discorda totalmente. Indique a opção que descreve melhor como você se sente sobre a frase. *Mostre a escala de opções de resposta*

"O quanto você concordaria ou discordaria da ideia de que, no que diz respeito a pais idosos, brasileiros adultos têm a obrigação de.. ."

."

a) "cuidar deles."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

b) "ajudá-los financeiramente, se necessário."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

c) "respeitá-los."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

d) "seguir seus conselhos."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

e) "agradá-los e fazê-los felizes."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

f) "manter contato com eles."

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo um pouco	Não tenho certeza	Concordo um pouco	Concordo totalmente

19a. **Obrigado/a.** Agora eu tenho uma pergunta mais geral para você. Você se considera responsável por seu/sua _____? **(De que modo/por que ou por que não?)**

19b. **Em caso afirmativo:** Você poderia descrever para mim como é para você sentir-se responsável por seu/sua _____? **(Aspectos bons ou ruins, etc)**

19c. **Obrigado/a.** Quando, aproximadamente, você começou a se sentir responsável por seu/sua _____? (Explorar: Teve algum evento particular ou experiência que eles podem associar com o começo, ou foi algo lento e gradual ao longo do tempo?)

19d. Por que você acha que começou a sentir-se assim?

20a. Agora eu tenho algumas perguntas sobre o apoio que você presta a seu/sua _____. Para cada um dos seguintes tipos de atividades listados, por favor diga-me se necessita nenhuma assistência, alguma assistência ou assistência total em cada atividade que eu mencionar e se você auxilia no cuidado, com que frequência durante o último mês (ex. número de vezes por dia; semana; mês), durante quanto tempo (em minutos) você auxilia no cuidado em cada visita/vez.

	Seu/sua _____ necessi ta de ajuda ? (0) Nenhuma (1) Alguma (2) Total	Você ajuda a seu/sua _____ nesta atividade? (SIM ou NÃO)	Esta ajuda a seu/sua é prestada por mais alguém? (0) NÃO (1) SIM	Com que frequência no ultimo mês (número de vezes por dia, semana, mês)	Em média, durante quanto tempo (em minutos) você ajuda cada vez?
Tomar banho DIARIA					
Vestir-se					
Usar o sanitário e/ou cuidado em relação ao controle da bexiga ou dos intestino DIARIA					
Deitar-se e levantar-se da cama DIARIA					
Andar pela casa DIARIA					
Alimentar-se DIARIA					
Se não estiver prestando cuidado pessoal atualmente (atividades acima): Você consideraria o fato de auxiliar no cuidado pessoal (ex. uso do sanitário, banho), a seu/sua _____? (1) SIM (0) NÃO Por que/ Por que não?					
Fazer compras (inclusive alimentos) e outros serviços					
Preparar as próprias refeições					
Fazer atividades domésticas leves (tirar o pó, lavar louças)					
Fazer atividades domésticas pesadas(lavar chão, janelas/paredes, passar aspirador					
Transporte ir e retornar de lugares, como por exemplo compromissos					
Administrar o próprio dinheiro, inclusive serviços de banco					

Serviços de saúde	Seu/sua ---- necessita de ajuda ? (0) Nenhuma (1) Alguma (2) Total	Você presta alguma ajuda a seu/sua ----- nesta atividade? (SIM ou NÃO)	Esta ajuda a seu/sua é prestada por mais alguém? (2) NÃO (3) SIM	Com que frequência no último mês (números de vezes por dia, semana ou mês)	Em média, durante quanto tempo (em minutos) você ajuda cada vez?
Negociar a prestação de serviços de saúde defendendo- os se necessário. , Providenciar ou organizar serviços ou equipamentos					
Outros (<i>defina</i>):					

(próxima página)

20b. O quanto você sente que satisfaz as necessidades de apoio emocional de seu/sua_____ numa escala onde 0 representa "nem um pouco" e 4 representa "completamente" ? (você pode selecionar qualquer número entre 0 e 4 nesta escala para representar seus sentimentos)

(nem um pouco) 1	2	3	4	5 (completamente)
------------------	---	---	---	-------------------

Por favor explique (**por exemplo:** Por que eles não podem satisfazer estas necessidades?)

20c. O quanto você sente que você satisfaz as necessidades de companhia e visita a seu/sua _____?

(nem um pouco) 1	2	3	4	5 (completamente)
------------------	---	---	---	-------------------

Por favor explique (**por exemplo:** Por que eles não podem satisfazer estas necessidades?)

21a. Você dá apoio financeiro a seu/sua _____ (dando dinheiro se eles necessitam, pagando coisas que eles necessitam)?

- (0) NÃO
- (1) SIM

21b: (**Em caso negativo**) Você daria, se eles precisassem e você pudesse ?

- (0) NÃO
- (1) SIM

21c: (**Em caso afirmativo**) Aproximadamente qual porcentagem de seu salário você fornece (em %)?

22. Agora eu gostaria de falar sobre como você se sente sobre o apoio que presta. Eu vou ler um outro conjunto de demonstrações, por favor, indique o quanto os seus próprios sentimentos correspondem a declaração, em uma escala em que 0(discordo totalmente) 1(discordo) 2(não concordo nem discordo) 3(concordo) 4(concordo totalmente)
Fornecer uma cópia para as opções de resposta."

ESCALA INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Domínio 1: Sobrecarga tempo dependente

1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. Eu tenho de estar constantemente atento (a) à pessoa que eu cuido.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção)				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Domínio 2: Sobrecarga à vidapessoal

1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Eu gostaria de poder sair desta situação.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. A minha vida social tem sido prejudicada.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Eu me sinto emocionalmente esgotado (a) por cuidar desta pessoa.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes neste momento da minha vida.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Domínio 3: Sobrecarga física

1. Eu não estou dormindo o suficiente.

0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. A minha saúde tem sido prejudicada.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Eu estou fisicamente cansado (a).				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Domínio 4: Sobrecarga social

1. Eu não me dou com outros familiares tão bem quanto eu costumava.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu (minha) companheiro (a).				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa).				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
5. Eu fico ressentido (a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Domínio 5: Sobrecarga emocional

1. Eu me sinto constrangido (a) / incomodado (a) com o comportamento da pessoa que eu cuido.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

3. Eu fico ressentido (a) com a pessoa que eu cuido.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

5. Eu fico irritado (a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido.				
0	1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

23a. **Obrigado/a.** Você poderia também me dizer, qual você pensa ser a parte **mais difícil** na prestação de cuidados a seu/sua _____ e por quê?

23b Você. se sente satisfeito em prestar cuidado a seu/sua _____?(satisfação pessoal) **(explique)**

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

24. Agora tenho algumas perguntas sobre a sua **satisfação com a sua vida em geral**. Vou ler algumas frases e gostaria que você simplesmente dissesse se "concorda" ou "discorda" da frase.

a) "Tive mais sorte na vida do que a maioria das pessoas que conheço."

0	1
Concordo	Discordo

b) " À medida que fico mais velho , as coisas parecem melhores do que eu pensava que elas seriam "

0	1
Concordo	Discordo

c) "Estes são os melhores anos da minha vida."

0	1
Concordo	Discordo

d) "A maioria das coisas que faço são chatas ou monótonas."

0	1
Concordo	Discordo

e) " Eu tenho feitos planos para as coisas que eu estarei fazendo daqui a um mês ou um ano "

0	1
Concordo	Discordo

f) "Em comparação com as outras pessoas, fico triste com muita frequência."

0	1
Concordo	Discordo

g) "Em comparação com outras pessoas da minha idade, tomei muitas decisões erradas na minha vida."

0	1
Concordo	Discordo

h) "Sinto que as coisas que faço são interessantes."

0	1
Concordo	Discordo

i) "Não mudaria meu passado mesmo se pudesse."

0	1
Concordo	Discordo

j) "Quando penso sobre a minha vida, percebo que não consegui a maioria das coisas importantes que queria."

0	1
Concordo	Discordo

ESCALA DE ÍNDICE DE BEM-ESTAR PESSOAL

25. Obrigado. Tenho algumas outras frases aqui **sobre o seu bem-estar**. Para cada uma delas, conte qual o seu nível de satisfação em geral, em uma escala de 0 a 10, em que 0 representa "extremamente insatisfeito", 5 representa "nem satisfeito nem insatisfeito" e 10 representa "extremamente satisfeito". Você pode sugerir qualquer número entre 0 e 10, dependendo do que melhor se aproxima do seu nível de satisfação. *Mostre a escala de opções de resposta*

"Qual o seu nível de satisfação com. . ."

a) o seu padrão de vida?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Extremamente insatisfeito			Nem satisfeito nem insatisfeito				Extremamente Satisfeito		

b) a sua saúde?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Extremamente insatisfeito			Nem satisfeito nem insatisfeito				Extremamente Satisfeito		

c) o que está conquistando na vida?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29a. Por favor, indique qual das seguintes três sentenças melhor reflete **como você se sente em relação a sua vida familiar**, referindo-se à família que você foi criado (ao invés, por exemplo, da família que você formou com o casamento).

- (0) Frequentemente me sinto mais emocionalmente estressado, mais tenso e mais infeliz com a família do que longe dela.
- (1) Tenho sentimentos ambivalentes sobre minha vida familiar.
- (2) Frequentemente me sinto confortável e feliz em minha vida familiar.

29b. Você poderia me contar mais ou explicar por que você se sente assim?

30a. **Você** recebe algum **apoio emocional** de **membros familiares**, incluindo irmãos e outras pessoas importantes, em relação ao cuidado que você presta a seu/sua _____?

- (0) NÃO (vá para 31a)
- (1) SIM

30b(**Em caso afirmativo**) Como você classificaria a quantidade de apoio emocional que você recebe de todos os membros familiares? **(leia as opções de resposta)**

- (1) Excelente
- (2) Bom
- (3) Regular/adequado
- (4) Pouco
- (5) Muito inadequado

30c: (**Em caso afirmativo**) Como você descreveria a qualidade de apoio emocional que você recebe de todos os membros familiares? **(leia as opções de resposta)**

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular/adequada
- (4) Ruim
- (5) Péssima

31a. Você recebe apoio emocional de outras pessoas, como amigos, em relação ao cuidado que você presta a seu _____? **(Se a resposta for negativa negava passe para a questão 32 a) .**

- (0) NÃO
- (1) SIM

31b: **(Em caso afirmativo)** Como você classificaria a quantidade de apoio emocional que você recebe de todas as outras pessoas?

- (1) Excelente
- (2) Bom
- (3) Regular/adequado
- (4) Pouco
- (5) Muito inadequado

31c: **(Em caso afirmativo)** Como você descreveria a qualidade de apoio emocional que você recebe de todas as outras pessoas?

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular/adequada
- (4) Ruim
- (5) Péssima

32 a. Tem mais alguém que você ache que deveria auxiliar no cuidado de seu/sua _____mas que não está?

- (0) NÃO
- (1) SIM

32b. O quanto lhe incomoda que eles não auxiliam você ? **(Leia as opções de resposta)**

- (0) Nada
- (1) Pouco
- (2) Mais ou menos
- (3) Bastante

32c. Você pode explicar ou falar mais sobre isso?

33. **Obrigado/a.** Conforme mencionado, estamos interessados em seu estado de saúde e bem-estar. A renda pessoal pode ser um fator importante relacionado a sua saúde. Muitas despesas de saúde são cobertas por convênios de saúde, e muitas não são (como alguns custos com prescrição de medicamentos). Por isso, nós gostaríamos de perguntar sobre sua renda. Esta informação será confidencial e utilizada para fins estatísticos, como queremos saber qual a renda as pessoas tendem a ter em geral, e não a renda de uma pessoa em particular. Você poderia, por favor, dizer para mim a média de renda mensal bruta de sua casa? R\$ _____

33a Qual o número de pessoas que residem na casa? _____

34. **Obrigado/a.** Agora, pensando de forma geral, qual o conselho que você daria a outra pessoa que está começando a prestar cuidado aos pais?

35. Por último, tem alguma coisa a mais sobre a prestação de cuidado a seu/sua _____ que você acha que deveríamos saber?

Muito obrigado/a pela participação.

**ANEXO B – Carta de aprovação do projeto de seminal pelo Comitê de Ética em
Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESPONSABILIDADE FILIAL NO CUIDADO AOS PAIS IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19579013.2.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 477.883

Data da Relatoria: 20/11/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem /UFRGS. Tem como temática a responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos. Trata-se de um conceito em construção que no presente estudo será considerado o conceito de pesquisadores canadenses, sendo caracterizada como uma norma social referente ao comportamento dos filhos em relação ao processo de cuidado com os pais idosos. Por outro lado ela também pode ser entendida como o direito dos pais em receber apoio e cuidado de seus filhos durante o processo de envelhecimento. A responsabilidade filial pode ser avaliada por meio das atitudes e também por meio dos comportamentos dos filhos para cuidar e apoiar seus pais neste processo. As atitudes englobam um conjunto de responsabilidades ou obrigações dos filhos em relação ao cuidado dos pais, uma preocupação com a previsão de declínio e morte de seus pais e, ainda, com a capacidade de satisfazer as necessidades de cuidados dos pais durante o processo de envelhecimento. O presente estudo será desenvolvido em duas etapas. A primeira consiste em um estudo metodológico que tem como objetivo realizar a adaptação transcultural do protocolo de pesquisa Filial Responsibility e a segunda caracteriza-se como um estudo misto que replica o estudo canadense no Brasil. O campo do estudo será a UBS do HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 477.883

Resposta dos pesquisadores: Os dois termos foram revisados de acordo com as sugestões.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3- Atualizar a Resolução Conselho Nacional de Saúde no 466/2012 nas considerações éticas.

Resposta dos pesquisadores: Foi atualizada a Resolução Pg 53 do Projeto de pesquisa em destaque.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 12/11/2013, TCLE 12/11/2013 e demais documentos submetidos até a presente data) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

A comunicação de eventos adversos ocorridos no estudo deverá ser realizada através do Sistema GEO de Gestão Estratégica Operacional, disponível na intranet do HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359-7640

Fax: (513)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO C - Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Prezado Pesquisador LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN,

Informamos que o projeto de pesquisa RESPONSABILIDADE FILIAL: PERCEPÇÃO DE FILHOS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PAIS IDOSOS E A EXPECTATIVA DE CUIDADO encaminhado para análise em 25/05/2017 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Projeto: RESPONSABILIDADE FILIAL: PERCEPÇÃO DE FILHOS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PAIS IDOSOS E A EXPECTATIVA DE CUIDADO

Pesquisador responsável: Prof a. Dr a. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Aspectos científicos:

Título: Compreensível, conciso e reflete o conteúdo do projeto.

Introdução: Apresenta claramente o problema do estudo, abordando a dimensão assistencial, bem como conceitua e define termos importantes para o entendimento da proposta de pesquisa. A sigla ILPI não aparece por extenso no texto. O primeiro parágrafo da introdução cita a parceria com outra instituição internacional, poderia vir nos métodos. Apresenta amplo referencial teórico.

Objetivo: Apresenta um objetivo geral: Analisar as circunstâncias que levam os filhos a considerar a admissão de seu/sua pai/mãe em uma instituição de longa permanência para idosos e a expectativa de cuidado dos filhos em relação ao seu processo de envelhecimento.

Método: O método é apropriado para alcançar os objetivos propostos.

Delineamento: A proposta de um estudo descritivo e qualitativo.

População: Os participantes do estudo seminal foram os filhos cuidadores de pessoas idosas. A amostra foi intencional e composta de 100 filhos cuidadores. Os critérios de inclusão foram: ser filho(a) cuidador no mínimo há três meses e que as atividades de cuidado aos pais envolvessem o filho em pelo menos três horas semanais, seja no âmbito instrumental, financeiro ou emocional. Os critérios de exclusão foram: filhos cuidadores com idade menor que 18 anos, filhos que não responderam ao contato telefônico após três tentativas em horários e dias diferentes ou filhos que o(s) pais(s) tenham falecido no intervalo de tempo entre a realização/atualização do cadastro na unidade e coleta de dados.

Os verbos estão no passado, mas não fica claro que está aninhado a outro estudo. Sugere-se acrescentar parte do item 4.4 Coleta de dados (O estudo será desenvolvido por meio do uso dos dados secundários referentes à tese de doutorado intitulada Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem estar.) no item 4.3 População.

Análise dos dados: Considerada adequada aos objetivos e ao delineamento do estudo.

Instrumentos de coleta de dados: Adequado para responder os objetivos propostos.

Cronograma: Compatível com a proposta do estudo. Sugere-se rever o mês de submissão a compesq.

Orçamento: Exequível. Será solicitado auxílio FIPE.

Referências: São atualizadas, pertinentes e seletivas para o tema.

1. Aspectos éticos e regulatórios: O projeto seminal foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº CAAE 19579013.2.0000.5327(ANEXO B). A utilização dos dados para o presente projeto será autorizada pela professora responsável pelo projeto maior (APÊNDICE A). A confidencialidade dos dados será mantida e os participantes serão identificados pela letra F (Filho 1, 2, 3, 4). A atual proposta será submetida à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Sugere-se uma consulta ao CEP HCPA para verificação da necessidade de um adendo, visto que o projeto maior é de 2014. Ainda anexar à carta de aprovação do projeto, foi anexado uma carta de adendo.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

...

ANEXO D – Instruções para os autores da Revista Gaúcha de Enfermagem

Orientações gerais

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE), sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

Na RGE podem ser publicados artigos escritos por especialistas em outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área de Enfermagem. Bem como serão aceitos manuscritos nos idiomas português, espanhol ou inglês.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, *online* pelo *site*:

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>

Para submeter o manuscrito não é preciso ser assinante da Revista. Contudo, **deverá ser efetuado pagamento das taxas** de submissão (no momento da submissão do artigo; esta taxa não será ressarcida aos autores diante do arquivamento ou recusa do manuscrito); e de publicação (no momento do aceite do manuscrito para publicação).

(<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>)

A **taxa de submissão** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O documento de depósito bancário deverá ser digitalizado e anexado como documento suplementar. A **taxa de publicação** deverá ser efetuada no momento de recebimento da carta de aceite da CED.

No momento da submissão, o nome completo de cada autor, instituição de origem, país, *e-mail* e resumo da biografia (afiliação completa e credenciais) devem ser informados apenas nos metadados. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho não deverão ser mencionados no momento da submissão. Somente após o aceite do trabalho estas informações serão inseridas após as Referências.

Os autores dos trabalhos submetidos às RGE deverão anexar como documento suplementar uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista (<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/editorialPolicies#custom-1>), assinada por todos os autores e indicando o tipo de participação de cada um na pesquisa.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determina a Resolução N°466,

de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (ou a Resolução 196/96 para estudos anteriores a junho de 2013), bem como o número e data do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à RGE como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à RGE.

Ao ser designado para publicação, o manuscrito deverá ser transcrito para a versão em idioma inglês, cuja taxa de serviços deverá ser acordada com a empresa tradutora recomendada pela RGE.

Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)....).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências)**;

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras

específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de reflexão: são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);**

Relatos de caso: são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo).**

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).

Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>>. Acesso em: 16 nov. 2017.