



**ANA FILIPA
PEREIRA**

**O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO
PROMOTOR DA RELAÇÃO FILIAL EM
IDADE ADULTA AVANÇADA**

THE FAMILY NURSE AS A PROMOTER OF THE FILIAL
RELATIONSHIP IN ADVANCED ADULTHOOD



**ANA FILIPA
DOMINGUES
PEREIRA**

**O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO
PROMOTOR DA RELAÇÃO FILIAL EM
IDADE ADULTA AVANÇADA**

THE FAMILY NURSE AS A PROMOTER OF THE FILIAL
RELATIONSHIP IN ADVANCED ADULTHOOD

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este trabalho à minha família mais próxima...

...à minha mãe

...ao meu irmão

...aos meus avós, que me inspiram todos os dias

...ao meu marido

...e ao meu pai, que de onde está, continua a iluminar-me e a olhar por mim.

O Júri

Presidente

Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que se cruzaram no meu caminho e ajudaram a tornar este trabalho possível. No entanto, gostaria de deixar um especial agradecimento:

À Professora Doutora Helena Loureiro pela sua experiência, conhecimentos, críticas e sugestões partilhadas ao longo deste trabalho.

À Enfermeira Sandra Almeida pelo acompanhamento e aprendizagens proporcionadas durante o estágio. E pelo cuidado, carinho, sabedoria e motivação que ainda perduram.

À equipa multidisciplinar da USF Rainha D. Tereza pelo acolhimento, carinho e boa disposição.

A todos os que aceitaram participar neste estudo, utentes filhos na meia-idade e enfermeiros de família, pela sua disponibilidade e por me confiarem os seus “olhares”. A sua colaboração foi fundamental para dar “vida” a este trabalho.

Às colegas Catarina Vieira e Tânia Petronilho pela interajuda e companheirismo mantidos durante este percurso. À Diana Costa, Inês Santiago, Marta Paulo, Paula Ferreira e Sandra Cardoso pelas palavras certas, no momento certo.

Por fim, à minha mãe, Lúcia, pela atenção, generosidade e palavras sábias. É a referência na minha vida. Ao meu marido, David, pela paciência, companheirismo e amor. Pela presença e incentivo constante de ambos, e por me terem feito acreditar, quando eu própria me questioneei, o meu muito obrigada!

Palavras-chave

Envelhecimento Saudável; Relações Familiares; Enfermagem Familiar; Papel do Profissional de Enfermagem

Resumo

Enquadramento: O presente relatório refere-se ao estágio de natureza profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza da Administração Regional de Saúde do Centro, no período compreendido entre setembro de 2019 a fevereiro de 2020. **Objetivos:** Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar e apresentar o estudo empírico implementado em contexto de estágio, cujo desenvolvimento teve como objetivo geral co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com Enfermeiros de Família, orientações para um exercício de Enfermagem de Saúde Familiar promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido. **Métodos:** Estudo fenomenológico de natureza qualitativa, desenvolvido em duas fases, com uma amostragem não probabilística por conveniência que envolveu 10 utentes (filhos adultos na meia-idade) inscritos na referida Unidade de Saúde Familiar e 7 Enfermeiros de Família dessa unidade. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas individuais (utentes) e de grupo focal (Enfermeiros de Família). Cumpriram-se todos os procedimentos formais e éticos inerentes à colheita de informação, que foi posteriormente submetida a análise de conteúdo, com auxílio do software webQDA®. **Resultados:** As dimensões revelaram que os filhos adultos na meia-idade: (i) têm dificuldade em encarar e aceitar o processo de envelhecimento dos pais, observando-o de forma negativa e perspetivando a sua intervenção futura, ainda de modo superficial e sem um planeamento específico dos cuidados; (ii) optam por refletir na família sobre o envelhecimento e as suas consequências, apenas quando surgir uma crise; (iii) veem no Enfermeiro de Família um profissional capaz de os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais, apesar de, atualmente, essa prática ser nula ou insuficiente; e (iv) esperam uma prática do Enfermeiro de Família integradora de atividades de educação para a saúde, relativas ao processo de envelhecimento. Os resultados revelaram também que os Enfermeiros de Família: (i) não realizam cuidados antecipatórios no âmbito da promoção da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, apenas intervindo quando identificam um problema real; e (ii) sugerem uma prática futura promotora da relação filial que integre sessões em grupo e consulta de enfermagem. **Conclusão:** O presente relatório expôs o percurso em contexto de estágio para a aquisição das competências exigidas e demonstrou que os objetivos propostos foram alcançados. Os resultados obtidos pela investigação desenvolvida permitiram conhecer a perceção e a perspetiva, dos filhos adultos na meia-idade e dos Enfermeiros de Família, sobre as relações filiais em idade adulta avançada, realçando o papel promotor do Enfermeiro de Família neste âmbito e contribuindo para uma melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar.

Keywords

Healthy Aging; Family Relations; Family Nursing; Nurse's Role

Abstract

Background: This report is based on the professional Clinical Practice held at the Rainha D. Tereza Family Health Unit of the Regional Health Administration of the Centre, between September 2019 and February 2020. **Objectives:** To describe and reflect on the activities developed for the acquisition and development of specific competencies in Family Health Nursing and to present the empirical study implemented in an Clinical Practice context, whose development had the general objective of build, with adult children in middle age and with Family Nurses, guidelines for an exercise of Family Health Nursing promoting the filial relationship directed to families who are in an aged life cycle stage. **Methods:** Phenomenological study of qualitative nature, developed in two phases, with a non-probabilistic convenience sampling involving 10 users (adult children in middle age) enrolled in the aforementioned Family Health Unit and 7 Family Nurses of this unit. Individual semi-structured (users) and focus group (Family Nurses) interviews were performed. All formal and ethical procedures inherent in the collection of information were followed, which was subsequently submitted to content analysis, with the help of the software webQDA®. **Results:** The dimensions revealed that adult children in middle age: (i) have difficulty facing and accepting the aging process of parents, observing it negatively and looking at their future intervention, still superficially and without specific care planning; (ii) choose to reflect in the family on aging and its consequences, only when a crisis arises; (iii) see in the Family Nurse a professional capable of preparing them in advance for the aging process of their parents, although, currently, this practice is null or insufficient; and (iv) expect a practice of the Family Nurse integrating health education activities, related to the aging process. The results also revealed that the Family Nurses: (i) do not perform anticipatory care in the context of the promotion of the filial relationship in families in aged life cycle stage, only intervening when they identify a real problem; and (ii) suggest a future practice promoting the filial relationship that integrates group sessions and nursing consultation. **Conclusion:** This report exposes the stage path to the acquisition of the required skills and demonstrated that the proposed objectives have been achieved. The results obtained by the research developed allowed us to know the perception and perspective, of adult children in middle age and Family Nurses, about filial relationships in advanced adulthood, highlighting the promoting role of Family Nurse in this area and contributing to a continuous improvement of Family Health Nursing care.

Abreviaturas e Siglas

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro
AVD – Atividades de Vida Diária
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EAF – Escala de Ansiedade Filial
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
EF – Enfermeiro de Família
EFs – Enfermeiros de Família
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
F(a) – Frequência Absoluta
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
OE – Ordem dos Enfermeiros
UC – Unidade Curricular
UR – Unidades de Registo
USF – Unidade de Saúde Familiar
USFs – Unidades de Saúde Familiar
VD – Visitação Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	19
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	30
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	34
2.1. O ENVELHECIMENTO NA FAMÍLIA.....	34
2.2. O CICLO VITAL FAMILIAR E A RELAÇÃO FILIAL EM IDADE ADULTA AVANÇADA.....	35
2.3. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO PROMOTOR DA SAÚDE FAMILIAR EM IDADE ADULTA AVANÇADA.....	41
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	44
3.1. TIPO DE ESTUDO	44
3.2. SUJEITOS PARTICIPANTES	46
3.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	47
3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	48
3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS PARA RECOLHA DE DADOS	49
3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	51
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	53
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	53
4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
5.1. O (MEU) “OLHAR” SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	71
5.2. AS NECESSIDADES/SOLICITAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO (DOS MEUS PAIS)	74
5.3. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO PROMOTOR DA RELAÇÃO FILIAL EM IDADE ADULTA AVANÇADA	80
5.4. APRECIÇÃO PESSOAL	86
6. CONCLUSÃO	87
6.1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES	87
6.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	89
6.3. IMPLICAÇÕES E PROPOSTAS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	89

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

ANEXO II – Autorização do Diretor da ESSUA

ANEXO III – Autorização da Coordenadora da USF Rainha D. Tereza

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster e Folheto complementar: “Prepare-se!! Os Seus Pais Estão A Envelhecer. E Agora??”

APÊNDICE II – Panfleto: “Diabetes e Família”

APÊNDICE III – Convite direcionado aos EFs da USF Rainha D. Tereza para participarem na fase 2 do estudo

APÊNDICE IV – Guião de Entrevista Individual

APÊNDICE V – Guião de Condução de Grupo Focal (grupo composto pelos EFs) e Diapositivos de Apresentação em PowerPoint

APÊNDICE VI – Declaração de Consentimento Informado aos Sujeitos Participantes

APÊNDICE VII – Codificação webQDA®

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Rainha D. Tereza (Serviço Nacional de Saúde, 2020)	15
Figura 2 - Desenho de estudo.....	45
Figura 3 – Códigos Árvore webQDA®	56
Figura 4 – Códigos Livres webQDA®	56
Figura 5 - Codificação em árvore da dimensão: O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento.....	71
Figura 6 - Codificação em árvore da dimensão: As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais).....	74
Figura 7 - Codificação em árvore da dimensão: O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos utentes da USF Rainha D. Tereza.	54
Quadro 2 - Caracterização socioprofissional dos EFs da USF Rainha D. Tereza	55
Quadro 3 - Análise de conteúdo da dimensão: O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento	58
Quadro 4 - Análise de conteúdo da dimensão: As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)	63
Quadro 5 - Análise de conteúdo da dimensão: O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada	69

INTRODUÇÃO

O presente relatório desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio, que integra o plano de estudos do 1º semestre do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2019/2020. A referida UC contemplou a realização de um estágio de natureza profissional, em Unidades de Saúde Familiar (USFs), tendo como finalidade o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). Assim, este estágio foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Rainha D. Tereza, localizada na cidade de Albergaria-a-Velha, no período compreendido entre setembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Envelhecer é um processo inevitável e inerente à natureza humana. E, quando se considera envelhecer em família, este processo torna-se único e complexo, ocorrendo uma multiplicidade de tarefas desenvolvimentais que visam a consolidação e a maturação do sistema familiar (Figueiredo, Martins, Silva, & Oliveira, 2011).

A representação social do envelhecimento tem vindo a modificar-se, sendo um dos grandes responsáveis por esta mudança o crescente envelhecimento populacional operado a nível mundial (Costa et al., 2017). O processo de envelhecimento deve ser alvo de reflexão e de uma particular atenção por parte das políticas sociais, económicas e, especialmente, das estruturas de saúde. Todos os envolvidos – pessoa, família, enfermeiro e sociedade – devem contribuir para uma mudança de significados e de representações associadas ao envelhecimento, assim como, para a implementação deste, de forma ativa e saudável.

A família promove a sua saúde, quando procura desenvolver as suas funções no sentido de apresentar uma “(...) estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de seus membros” (Elsen, Althoff, & Manfrini, 2001, p. 93). Assim, compreende-se que a família assuma uma importante função ao nível da promoção do envelhecimento ativo e saudável, onde se destacam os filhos na meia-idade, com um papel preponderante no acompanhamento dos seus pais que, gradualmente, vão envelhecendo. Estes filhos, pertencem à chamada geração sanduiche – ou seja, encontram-se a viver entre duas

gerações, a dos filhos e a dos pais. Assim, torna-se evidente que a dinâmica familiar se altera, especialmente ao nível da relação filial, exigindo adaptações e mudança de papéis entre os seus elementos.

É inquestionável que, vivenciar o processo de envelhecimento na família, em concreto pelos filhos na meia-idade e seus pais, é de extrema riqueza, no entanto, constitui-se um desafio a ser vivido por todos. O Enfermeiro de Família (EF) deve procurar assumir-se como um facilitador na superação deste desafio pela família, na medida em que acompanha, de forma contínua, estes elementos ao longo do ciclo vital familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, observa as relações que se estabelecem, avalia as necessidades em matéria de saúde, incentiva e capacita a família a promover a sua saúde familiar. Concretamente, através de uma orientação antecipada junto dos filhos na meia-idade para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais, irá favorecer-lhes uma precoce tomada de consciência sobre os desafios futuros e ajudá-los a planear, com antecedência, a vivência do envelhecimento na família.

No âmbito do estágio profissional, o processo de aprendizagem desenvolveu-se, por um lado, em contexto de prática clínica, através da qual foi possível o desenvolvimento de competências focadas no cuidado à família e, por outro, através da implementação de um estudo empírico intitulado “o enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada” e que teve por base o quadro conceptual descrito.

O presente relatório tem como objetivo principal, descrever o processo de aprendizagem, refletindo sobre as competências desenvolvidas em contexto de estágio profissional, apresentando o estudo empírico e os resultados decorrentes do mesmo.

Para alcançar este objetivo, o presente relatório encontra-se dividido em três secções.

A primeira secção, corresponde ao Capítulo I, no qual se realiza a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências. Inicia-se com a contextualização do estágio de natureza profissional onde, com o auxílio da documentação informativa sobre a USF Rainha D. Tereza, o guia orientador de estágio e o regulamento de competências gerais e específicas do EEESF, se caracteriza a USF Rainha D. Tereza e se apresentam os objetivos de estágio e as competências a desenvolver. De seguida, procede-se a uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio. A segunda secção, corresponde ao Capítulo II, no qual se apresenta o estudo empírico. Inicia-se com a contextualização do estudo; seguindo-se o enquadramento teórico subjacente à temática do envelhecimento na família e do papel do EF na promoção da saúde familiar em idade adulta avançada; o enquadramento metodológico,

onde se descrevem os respetivos passos para a implementação do estudo (tipo de estudo, sujeitos participantes, questões de investigação e objetivos, instrumento de recolha de dados, procedimentos: de recolha de dados, formais e éticos e de análise de dados); de seguida, procede-se à apresentação dos dados e discussão dos resultados; e, por último, apresenta-se a conclusão do estudo, onde são destacadas as limitações e as implicações para a prática profissional. A terceira e última secção, apresenta uma síntese conclusiva do relatório, ilustrativa da aprendizagem e competências adquiridas durante o estágio de natureza profissional.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente relatório desenvolve-se no âmbito da realização do estágio de natureza profissional na USF Rainha D. Tereza, no período compreendido entre setembro de 2019 a fevereiro de 2020, sob supervisão da Enfermeira Sandra Almeida, Especialista em Enfermagem Comunitária e orientação da Professora Doutora Helena Loureiro.

A USF Rainha D. Tereza, localizada na cidade de Albergaria-a-Velha, é uma unidade funcional integrante do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, enquanto serviço de saúde local da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Albergaria-a-Velha, pertence ao distrito de Aveiro e é sede de um município com 158,83 km² de área e com uma população residente de 25.252 habitantes, correspondendo a 12.230 indivíduos do sexo masculino e 13.022 do sexo feminino, em termos percentuais a 48,4% e 51,6%, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Limitado pelos municípios de Estarreja, Oliveira de Azeméis, Sever do Vouga, Águeda, Aveiro e Murtosa, o município de Albergaria-a-Velha encontra-se subdividido em 6 freguesias (Albergaria-a-Velha e Vale Maior, São João de Loure e Frossos, Branca, Ribeira de Fráguas, Alquerubim e Angeja). Com 66,2% de população em idade ativa (PORDATA, 2018), a atividade económica predominante é o sector secundário, destacando-se a indústria metalúrgica, têxtil e madeireira.

A USF Rainha D. Tereza tem como área de influência todas as freguesias do concelho de Albergaria-a-Velha, dando resposta, de acordo com o Registo Nacional de Utentes em junho de 2020, a 12.123 utentes inscritos (Serviço Nacional de Saúde, 2020). Apesar de alguns destes utentes residirem fora da área geográfica definida, a USF garante a carteira básica de serviços, com exceção da visita domiciliária (VD). Relativamente ao número total de utentes inscritos, estes encontravam-se distribuídos por 7 ficheiros clínicos e acompanhados por uma equipa multidisciplinar constituída por 5 médicos, 7 enfermeiros e 6 assistentes técnicas; sendo que, 99,98% dos utentes tinham médico de família e EF atribuído e 0,02% encontravam-se sem médico de família e EF (Serviço Nacional de Saúde, 2020). Este último grupo de utentes, representa os utentes designados esporádicos, ou seja, corresponde aos que estão temporariamente neste concelho e inscritos em unidades de saúde que distam a mais de 30 Km do mesmo.

A estrutura da pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Rainha D. Tereza (Figura 1) sugere tratar-se de uma população com características envelhecidas. Analisando-a, verifica-se um equilíbrio relativamente à distribuição de utentes por sexo, sendo 48,0% do

sexo masculino e 52,0% do sexo feminino. Observa-se uma base estreita e um alargamento da zona intermédia, correspondendo esta, à população adulta não idosa, concretamente aos utentes da faixa etária dos 35-39 anos até à faixa etária dos 60-64 anos. Verifica-se um estreitamento gradual a partir dos 65 anos até à faixa superior aos 100 anos, o que demonstra a longevidade dos utentes inscritos e confirma a tendência nacional para o envelhecimento da população.

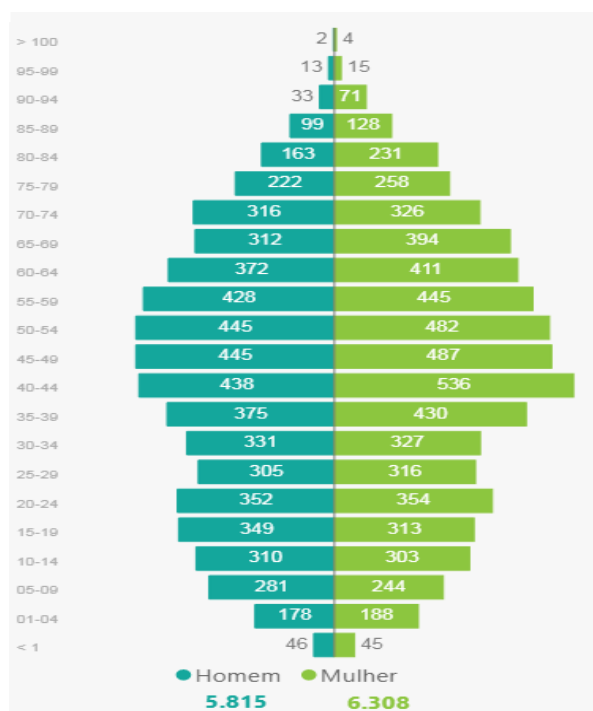


Figura 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Rainha D. Tereza (Serviço Nacional de Saúde, 2020)

A USF Rainha D. Tereza foi constituída ao abrigo do Despacho Normativo nº10/2007, de acordo com o Decreto-Lei 73/2017 de 16 de agosto que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USFs, tendo iniciado atividade a 09 de dezembro de 2010. A sua missão é prestar cuidados de saúde personalizados a uma população definida, em tempo útil, com responsabilidade e competência, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento e acompanhamento das situações de doença. Apresenta uma visão dinâmica e dinamizadora da saúde, considerando o utente/família como participante e principal responsável pela sua saúde. Os seus valores são a ética e a deontologia na prática clínica, o respeito, confiança, qualidade e eficácia, transparência, responsabilidade,

dedicação, inovação, tolerância e equidade (Serviço Nacional de Saúde, 2020; Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza, 2018).

A intervenção da USF Rainha D. Tereza baseia-se na sua carteira básica de serviços e a equipa de saúde familiar intervém conforme as necessidades identificadas para os utentes inscritos, ao longo do seu ciclo vital, estando estes inseridos nos programas de saúde preconizados pela Direção-Geral da Saúde. As suas áreas de intervenção são: vigilância e promoção da saúde nas diversas fases de vida; saúde infantojuvenil; saúde da mulher (inclui saúde reprodutiva e saúde materna); saúde do adulto e do idoso; vacinação; cuidados de saúde a grupos vulneráveis e de risco; cuidados no domicílio; e articulação e colaboração com outros serviços e especialidades.

Para a concretização do estágio de natureza profissional na USF Rainha D. Tereza, foram delineados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em ESF (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2019, p. 4), os seguintes objetivos:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família, capacitando-a face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Realizar um estudo empírico e elaborar o relatório de estágio.

Complementando os objetivos supracitados, foram estabelecidos os seguintes objetivos pessoais:

- Integrar a equipa e a dinâmica da USF Rainha D. Tereza, desenvolvendo atividades em contexto de prática clínica, que contribuam para uma continuidade de cuidados com qualidade, eficácia e eficiência;
- Colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos no Curso de Mestrado em ESF, de forma a aprofundar e adquirir novos conhecimentos científicos no que respeita à Enfermagem de Família;
- Enriquecer e desenvolver ao nível pessoal e profissional;

- Contribuir para aumentar os conhecimentos no âmbito da ESF junto da equipa de enfermagem da USF Rainha D. Tereza.

Os referidos objetivos tinham como propósito a aquisição e desenvolvimento de competências focadas no cuidado à família, no âmbito das competências gerais e específicas do EEESF, estando de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF do Regulamento nº 428/2018 da OE e com as unidades de competência definidas no Guia Orientador do Estágio (sustentadas no Regulamento nº 126/2011 e nº 367/2015 da OE e no Decreto-lei nº 118/2014), que se passam a citar:

Competências do Regulamento nº 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros individualmente, ao longo das diferentes fases do ciclo vital, nas transições vividas e aos diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), promovendo a capacitação familiar;
- Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da ESF, gerindo e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados adequados à família.

Unidades de Competência do Guia Orientador do Estágio (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2019, pp. 4–6):

- Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional;
- Reconhece situações de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

O estágio de natureza profissional realizado na USF Rainha D. Tereza desenvolveu-se em contexto de prática clínica, sustentada numa aprendizagem autónoma operada sob supervisão, preconizando o desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEESF que serão submetidas a uma análise crítico-reflexiva de seguida.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito da prática clínica decorrente da realização do estágio de natureza profissional na USF Rainha D. Tereza, o texto seguinte pretende documentar o meu percurso formativo, através da descrição e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências focadas no cuidado à família.

A equipa multidisciplinar que integra a USF Rainha D. Tereza foi facilitadora do processo de aprendizagem. A destacar o acolhimento, a integração e a disponibilidade, principalmente da equipa de enfermagem e, em especial, da Enfermeira Sandra Almeida, que supervisionou o meu processo de aprendizagem.

Este contexto de prática clínica, sendo tão distinto da minha realidade profissional em cuidados diferenciados (hospital), fez com que, inicialmente, tivesse sentido alguma dificuldade em implementar os conhecimentos teóricos adquiridos no Curso de Mestrado em ESF, bem como em desenvolver prontamente competências focadas no cuidado à família. Contribuiu para a minimização desta limitação sentida, o acolhimento da Enfermeira Sandra Almeida, minha supervisora, detentora de uma vasta experiência na prática de cuidados de enfermagem a famílias ao longo do seu ciclo vital, nas suas transições e aos diferentes níveis de prevenção. Pelas suas características pessoais e competências profissionais, a sua metodologia de intervenção constituiu-se uma referência para mim e para o meu desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à família.

Ainda sobre a minha experiência profissional em contexto hospitalar, considero também que, por outro lado, se constituiu uma mais valia, na medida em que me permitiu comparar duas realidades distintas - CSP e diferenciados – e compreender que podem e devem complementar-se ainda mais entre si. Permitiu-me, assim, contribuir para essa complementaridade no meu local de trabalho (hospitalar) e incentivar os meus colegas para o mesmo, para que, em pequenos gestos de prática profissional, contribuamos para a união na qualidade em saúde.

O meu percurso formativo foi centrado na aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEESF para cuidar a família como unidade de cuidados e para prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital familiar, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, com base no Guia Orientador do

Estágio (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2019) e no Regulamento nº 428/2018 da OE (2018).

No Guia Orientador do Estágio, encontram-se definidas unidades de competência (descritas no ponto 1 deste capítulo), que são propostas ao estudante desenvolver durante o período de estágio. Assim, procurarei explicar cada uma das unidades de competência, descrevendo, analisando e refletindo sobre as atividades e competências desenvolvidas durante o meu percurso formativo na USF Rainha D. Tereza.

Unidade de competência: “Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”

De acordo com a teoria geral dos sistemas, nada ocorre isoladamente, ou seja, algo que afete um dos elementos, irá afetar todos os outros e, portanto, qualquer alteração causará impacto sobre todos os outros elementos do sistema (Andrade & Martins, 2011). Assim, abordar o cuidado à família de forma sistémica, é pensar na família como um sistema. Nesta ótica, no sistema familiar, sendo ele o contexto imediato onde os elementos familiares se relacionam e interagem entre si, irão desenvolver-se padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a saúde de cada elemento irá afetar o funcionamento familiar, que por sua vez influenciará a saúde de cada um dos elementos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A visão sistémica considera o sistema familiar como um todo, uma **globalidade**, onde o todo é mais do que a soma das suas partes (Amaro, 2006; Wright & Leahey, 2002). Ainda nesta perspetiva sistémica, a família tem de ser entendida como um sistema constituído por subsistemas e fazendo parte integrante de supra sistemas mais amplos e, sendo sistemas abertos, comunicam entre si e influenciam-se reciprocamente (Dias, 2011). Importa ainda destacar que o sistema familiar, no seu funcionamento integra funções internas e externas que lhe dão a capacidade de se manter aberto, quando necessita do meio externo e fechado, quando necessita de organizar o seu meio interno – é dotado, portanto, de uma capacidade de **auto-organização**, que lhe permite continuidade/estabilidade da sua organização e uma autonomia, através da evolução para um crescente de complexidade (Andolfi & Relvas as cited in Santos, 2012). O poder da capacidade auto-organizativa do sistema familiar e do seu intercâmbio com o ambiente, fica ainda mais evidente considerando a propriedade da **equifinalidade** do sistema, ou seja, estímulos iguais podem provocar respostas diferentes e para estímulos diferentes podem ocorrer respostas iguais (Barker as cited in Santos, 2012).

Assim, compreender a família como um sistema, considerando-o de acordo com as características supracitadas, é olhar para a unidade familiar como um sistema social, dinâmico, em permanente mudança e transformação, onde cada família se organiza de forma diversa, específica e única, com histórias/situações/vivências singulares e inserida num contexto/meio envolvente próprio. Tornando evidente, assim, a **complexidade do sistema familiar**, onde “no máximo da abstração o enfermeiro vê no indivíduo a família a que pertence” (Santos, 2012, p. 30).

Considerando o conhecimento teórico subjacente a esta unidade de competência, constato que pude desenvolvê-la através do contacto frequente com as famílias da USF. Nas consultas de enfermagem, nos tratamentos de ambulatório e na VD procurei aproximar-me do utente e seus familiares, considerando o sistema familiar, esforçando-me por entendê-lo como um todo, que vai para além da mera soma das suas partes. Procurei conhecer os contextos sociais da família, considerando as relações e interações estabelecidas entre os seus elementos, bem como com o meio/comunidade envolvente. Foi na interação frequente com as famílias, adotando uma visão sistémica, que pude ver um sistema familiar aberto, em interação e, assim, conhecer e compreender melhor a sua história, as características, os recursos e forças, bem como, os seus comportamentos e atitudes. Consequentemente, constatei também, que cada família é única, com uma organização própria perante estímulos internos e/ou externos, pelo que, na prestação de cuidados à família, procurei que a intervenção com a mesma fosse adequada às suas especificidades.

Durante a estágio pude atestar que, de facto, os contextos domiciliários constituem-se como locais privilegiados para implementar um processo terapêutico promotor da saúde familiar, na medida que nos permitem conhecer com mais proximidade a rede complexa de relações entre os subsistemas familiares e com supra sistemas mais amplos.

Assim, gostaria de expor uma situação prática que vivenciei em contexto de estágio e que considero ter sido fulcral para o desenvolvimento da competência aqui descrita. Tratou-se de uma VD de promoção de saúde, em equipa (médico, EF e eu) a um utente com diagnóstico de carcinoma pulmonar, em fim de vida. Encontrava-se totalmente dependente nas Atividades de Vida Diária (AVD), tendo a sua esposa como cuidadora informal. Na visita a esta família, foi possível verificar que a esposa se encontrava ansiosa, manifestando muita dificuldade em dormir, uma vez que, cuidava do marido a tempo inteiro e este, sobretudo durante a noite, tornava-se muito apelativo. Foi detetada pela equipa de saúde uma grande sobrecarga física e emocional nesta esposa. Assim, pudemos constatar que a situação de doença do utente estava, também, a desencadear

uma situação patológica na sua esposa. Como estratégia promotora da saúde familiar e, considerando que esta família recusava um apoio formal (serviço domiciliário), procurou-se trabalhar em colaboração com a família, propondo aos filhos constituírem-se um apoio familiar. Foi-lhes sugerido, pela facilidade de viverem perto, revezarem-se e apoiarem o pai durante o período noturno, permitindo que a sua mãe pudesse sentir segurança e serenidade necessárias para, também, descansar. Passado algum tempo, numa consulta programada de vigilância de hipertensão, realizada a um dos filhos deste casal, verificou-se que este apresentava níveis tensionais muito elevados, bem como ansiedade. Em parceria com a médico de família e a minha enfermeira supervisora e, considerando que conhecíamos o seu contexto familiar, procurámos explorar o motivo daquele estado, percebendo rapidamente que se relacionava com a situação terminal do seu pai. Enquanto atuação, procurámos incentivar a estratégias não farmacológicas que facultassem o descanso e o relaxamento (hábitos de sono saudáveis e escolha de uma atividade física/lúdica do seu agrado), envolvemos a esposa no processo, para que o ajudasse a vivenciar esta situação com mais serenidade e marcámos uma consulta de enfermagem atempada para reavaliação da sua condição de saúde. Foi possível também, realizar uma segunda VD novamente em equipa, para reavaliar a situação familiar e perceber se o reajustamento e as estratégias de *coping* adotadas estavam adequadas a um funcionamento mais estável e equilibrado desta família.

Com base nesta experiência, pude constatar que enquanto equipa, olhámos para esta família como um todo, considerando os seus subsistemas (conjugal e filial) e supra sistemas (USF e local de trabalho) e percebemos que quando um dos seus elementos vivencia um problema de saúde, o bem-estar de todos os outros fica perturbado. Apesar da complexidade do sistema familiar, penso que conseguimos olhar para os elementos familiares, ver a família a que pertencem e atuar em concordância com as necessidades identificadas.

Unidade de competência: “Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”

As famílias avançam no tempo, vivenciando transições, que podem ser normativas, estando associadas a situações decorrentes do ciclo vital familiar, composto por etapas que demarcam uma sequência previsível de mudanças na organização familiar ao longo do tempo; e podem ser não normativas, quando decorrem de situações e stresse acidentais e de saúde/doença (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Perante a transição experienciada, a família necessita consciencializar-se dessa transição, para conseguir encontrar novas formas de estar, que lhe permitam adaptar-se às modificações e mudanças causadas pela situação transacional vivida.

Assim, pode-se constatar que a família, enquanto unidade de cuidados, inevitavelmente, em algum momento do seu ciclo de vida, irá requer intervenções de enfermagem que vão ao encontro das necessidades identificadas face às transições normativas ou acidentais vivenciadas.

Durante o estágio tive oportunidade de interagir com famílias a vivenciarem transições normativas do ciclo de vida (formação do casal, famílias com filhos pequenos, famílias com filhos na escola, famílias com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos) e transições acidentais (família com diagnóstico recente de elemento submetido a cirurgia devido a acidente de viação, famílias com diagnóstico recente de elemento com doença crónica, famílias com doentes acamados, entre outras). Pude constatar em campo de estágio, que tal como Meleis (2010) considera, o EF é o principal agente facilitador dos indivíduos e famílias que experienciam transições, pois intervém sobre as mudanças e as exigências que se refletem no quotidiano das mesmas. Percebi que o EF tendo o privilégio de “trabalhar com e na família” deve, por um lado, aprofundar o entendimento da transição para o indivíduo/família, detetando os aspetos que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável e, por outro, deve incidir em cuidados antecipatórios, que preparem para a mudança de papéis e previnam efeitos negativos. Neste seguimento, e decorrente do estudo empírico desenvolvido durante o estágio, elaborei um poster e folheto complementar, intitulado “Prepare-se!! Os Seus Pais Estão A Envelhecer. E Agora??” (Apêndice I). Este trabalho apresentava sugestões para ajudar filhos na meia-idade a prepararem-se antecipadamente para o envelhecimento dos seus pais. Foi apresentado à equipa multidisciplinar da USF e aprovado pelo conselho técnico para afixação na sala de espera da unidade, como um suporte acessível para estas famílias.

Como forma de desenvolver as minhas competências no âmbito **do entendimento da família como uma unidade em transformação** e considerando que tal como refere Figueiredo (2012), as **transições normativas decorrentes do desenvolvimento familiar inerente ao ciclo vital**, incidem em questões de conjugalidade, parentalidade e nas interações com a família de origem e sistemas mais amplos, procurei desenvolver o meu trabalho nas consultas de vigilância de saúde materna e saúde infantojuvenil, promovendo a adaptação à gravidez e à parentalidade. Procurei conhecer as famílias quanto às suas histórias, preocupações, medos, crenças e valores, tentando normalizar

sentimentos negativos e explorando os seus mecanismos de *coping*. Procurei antecipar motivos de stresse e intervim, fornecendo estratégias adaptativas eficazes face aos problemas identificados e antevistos no sistema familiar. Registei de forma sistemática, de acordo com os focos de enfermagem do SClinico® “Adaptação à gravidez” e “Papel Parental”, a intervenção realizada durante estes processos de transição. Importa ainda referir que durante a implementação do estudo empírico e, concretamente, na realização das entrevistas individuais (a filhos na meia-idade), quando oportuno, transmiti conhecimentos a estes filhos, de forma a prepará-los antecipadamente para o envelhecimento dos seus pais – processo inerente ao ciclo vital familiar.

Por último, tendo como premissa o EF como agente facilitador da resposta da família em situação de transição complexa (Ordem dos Enfermeiros, 2018), constatei que para capacitar a família face à transição, identificando as suas forças e potenciando-as, tal só é possível centrando a sua prática no sistema familiar e nas suas reais necessidades. Por outro lado, para um cuidado transicional implementado pelo EF é necessário que este estabeleça uma relação terapêutica, criando laços de confiança com a família que cuida, conseguindo deste modo, a adesão e participação daqueles que são o alvo dos seus cuidados. É na união de todas estas características que o EF atua como agente facilitador do processo de transição, criando condições favoráveis a uma transição saudável. Assim, em todo o meu percurso procurei seguir esta premissa, no cuidado às famílias que contactei no contexto da minha prática na USF.

Unidade de competência: “Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo”

A evolução da enfermagem acompanhada pela evidência científica tem demonstrado que a família exerce uma forte influência no bem-estar, na saúde e na doença dos seus membros (Wright & Leahey, 2002). Brás, Brás, e Moura (2013) consideram que o contexto familiar é o meio que permite mais fácil e genuinamente apurar as reais necessidades de saúde dos indivíduos. No entanto, a família não só é alvo dos cuidados, mas também um recurso para os mesmos, pelo que a intervenção de enfermagem deverá seguir uma **filosofia de cuidados colaborativa**, centrando-se não só na resposta da família, mas também na interação que o enfermeiro estabelece com o sistema familiar, de forma a englobá-los e integrá-los no planeamento e execução das intervenções (Brás et al., 2013; Wright & Leahey, 2002).

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF corrobora a necessidade de uma prática avançada em enfermagem de família, que evidencie o sistema familiar como foco dos cuidados e a ênfase na abordagem colaborativa e de parceria com a família. Assim, de acordo com o regulamento, o EF deve procurar: *(i) conceber um plano de ação com a família*, para promover, manter ou reforçar a sua saúde; *(ii) colaborar com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados*, para conseguir alcançar os resultados pretendidos pela mesma; *(iii) avaliar a capacidade da família para se manter unida*, identificando os pontos fortes (reforçando-os) e fracos na resposta familiar às transições de vida; *(iv) capacitar a família na definição de metas promotoras de saúde*; e *(v) dar feedback à família*, de forma sistemática, incidindo nos seus pontos fortes (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De destacar ainda que o mesmo regulamento, realça a importância do EF refletir sobre as interações enfermeiro/família e avaliar a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em contexto de prática clínica, pude desenvolver esta unidade de competência do envolvimento, da colaboração e da parceria com a família no processo de cuidados, em várias consultas de vigilância de saúde. Esta competência foi desenvolvida utilizando como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), uma vez que se enquadra no contexto dos CSP, reconhece a complexidade do sistema familiar e foi adotado em 2011 pela OE como Referencial em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Como exemplo do desenvolvimento desta competência, gostaria de destacar as consultas de “Diabetes/Hipertensão”. Nestas, verifiquei muitas vezes a presença do casal sobretudo em utentes mais velhos, e perante a deteção de comportamentos prejudiciais à saúde e potenciadores do estado de doença, foi necessário, em várias situações, envolver o cônjuge no processo de cuidados, como forma de negociar um contrato de saúde e modificar comportamentos. Por exemplo, foram reforçados ensinamentos sobre a confecção de refeições saudáveis e pedida a colaboração ao cônjuge que as confeciona. Noutras situações, sobretudo em utentes mais novos, detetou-se a sua dificuldade em adotar estilos de vida saudáveis e promotores da saúde, pelo que a pessoa significativa para eles (geralmente cônjuge), também foi envolvida nos cuidados, no sentido de pedir a sua colaboração para que, também ela adote comportamentos saudáveis e assim, consiga influenciar e ajudar o seu familiar. Por exemplo, incentivei o casal a criar uma nova rotina na sua vida familiar, realizando em conjunto uma caminhada diária, pós-laboral, programando-a em dias fixos e de acordo com as suas disponibilidades. Nestas

consultas compreendi que para estes utentes obterem qualidade em saúde, é fundamental envolver a família, como forma de os apoiar na gestão do seu regime terapêutico. Importa ainda referir que, após elaborar o plano de cuidados com a família e colaborar com esta no desenvolvimento do mesmo, estive atenta aos resultados decorrentes das intervenções implementadas e renegocieei ou reajustei a implementação de novas intervenções, sempre que necessário.

Refletindo na interação que estabeleci com as famílias, confirmei a importância da colaboração com a família, fazendo dela uma aliada, potenciando e fortalecendo as suas forças, recursos e competências. É no “trabalhar com e na família”, através de uma compreensão profunda da mesma, que se consegue promover a sua capacitação, para o desempenho eficaz das tarefas familiares e para um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a saúde familiar.

Unidade de competência: “Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional”

A **avaliação familiar**, com recurso a instrumentos de avaliação, permite ao enfermeiro o conhecimento e a compreensão da família, promovendo um aumento da qualidade dos cuidados a prestar à mesma, em todas as suas dimensões.

O MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2009, 2012) e adotado pela OE (2011a), constitui-se como um referencial teórico e operativo para o desenvolvimento de práticas direcionadas à família. A sua estrutura operativa permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e a orientação e sistematização das práticas de ESF, segundo três dimensões de avaliação da família: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

No âmbito do estágio clínico do 2º semestre (do 1º ano do Curso de Mestrado em ESF), pude operacionalizar o MDAIF através da realização de um estudo de caso de uma família vulnerável selecionada, o que me permitiu ter mais confiança e segurança na utilização deste modelo durante o presente estágio.

Assim, procurei realizar a avaliação familiar, tendo por base o MDAIF, de famílias a vivenciar transições decorrentes do ciclo de vida familiar – destaco as famílias a vivenciar a transição para a parentalidade como aquelas com quem tive mais oportunidade de trabalhar. Recorri a estratégias de entrevista e observação, sobretudo através da VD, para facilitar a aplicação do MDAIF.

A aplicação do MDAIF e dos instrumentos de avaliação familiar foram extremamente úteis para conhecer a situação familiar na sua globalidade, permitindo-me identificar os problemas da família, os seus recursos e as suas fragilidades, propondo intervenções adequadas às necessidades identificadas. No entanto, considero tratar-se de um modelo ainda de difícil implementação, devido à sua complexidade e ao tempo que leva para se realizar a avaliação e planificação dos cuidados à família. A avaliação familiar, utilizando o MDAIF, exige tanto disponibilidade do enfermeiro como da família que participa na avaliação. Por outro lado, verifiquei que na prática, este modelo não é utilizado sistematicamente porque os registos no SClínico® são demorados e, de acordo com a atual parametrização, não refletem todo o trabalho realizado em contexto prático. Constatei em estágio que é possível registar uma avaliação familiar, no processo familiar, mas com campos de registo reduzidos. Além de que, não é possível elaborar/registar um genograma e um ecomapa e, relativamente às etapas do ciclo vital, o MDAIF utiliza a classificação de Relvas e o SClínico® a classificação de Duvall.

Assim, considero que o desenvolvimento desta unidade de competência teve como fator limitador o tempo e a atual parametrização do SClínico® que limitou o meu “treino” relativamente ao registo no processo familiar das famílias que avalei e cuidei.

Unidade de competência: “Reconhece situações de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”

De acordo com o regulamentado pela OE (2011b, 2018), o **EF reconhece situações de especial complexidade** através: *(i)* da identificação de novos focos de atenção face à alteração do funcionamento da família ou do estado de saúde de um dos seus elementos; *(ii)* da formulação do diagnóstico de necessidades específicas da família, com base nos problemas percecionados por esta e nos dados colhidos relativos ao sistema familiar; *(iii)* da consideração de que as diferentes etapas de desenvolvimento familiar/individual, as crenças culturais/espirituais, os fatores ambientais e os recursos familiares influenciam na resposta a situações complexas; *(iv)* da avaliação do complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente; e *(v)* da utilização de modelos apropriados para trabalhar com as famílias no planeamento dos cuidados, tendo sempre por base a necessidade de negociar um plano de cuidados, em colaboração com a família e priorizando os seus objetivos em saúde.

Ao refletir sobre o desenvolvimento desta unidade de competência, descrevo uma situação vivenciada durante o estágio e que permitiu o desenvolvimento da mesma.

Trata-se de um casal de idosos, o marido com 84 anos, semi-dependente nas AVD e a esposa com 80 anos, totalmente dependente nas AVD, que vivendo sozinhos, tinham uma colaboradora (não familiar), com a função de realizar a higiene da habitação, adquirir todos os bens necessários ao dia-a-dia do casal e apoiar os dois idosos nas AVD. Quando realizámos uma VD de promoção de saúde, em equipa (médico, EF e eu), verificámos que o marido estava com a autonomia nas AVD mais comprometida, sendo evidente a mobilidade mais reduzida. Optou-se por introduzir este utente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para usufruir de reabilitação em saúde; tendo sido, posteriormente, referenciado pela rede para a Unidade de Cuidados na Comunidade, onde lhe foi atribuído apoio de enfermagem de reabilitação. No primeiro contacto que a enfermeira de reabilitação teve no domicílio do utente, verificou um ambiente hostil entre este e a colaboradora, tendo esta, inclusive, sido violenta verbalmente para com o utente e a enfermeira. Com o sucedido, a enfermeira fez uma participação à Guarda Nacional Republicana. Quando tomámos conhecimento, realizámos uma nova VD para avaliar a situação familiar quanto ao seu funcionamento e ao estado de saúde dos elementos. Confrontámos o utente, que confirmou que a colaboradora o maltratava. Referiu que, gradualmente, ela se “apoderava da sua casa e dos seus bens”, não os respeitava e sentia-se triste. Reconhecia estar a vivenciar um problema para o qual não tinha solução porque esta colaboradora era a única pessoa com disponibilidade total para os apoiar, independentemente da hora ou altura do dia. Este casal tinha uma filha emigrante e, questionámos o utente se ele consideraria a vinda da filha para os apoiar, como uma solução eficaz para o seu problema. Concordou e, mediante isto, entrámos em contacto com a filha, expusemos a situação e esta, muito prontamente, disponibilizou-se em vir ter com os pais. Realizámos uma posterior VD, já com a filha a viver com os pais. Estavam em processo de adaptação e reestruturação familiar, mas pudemos observar uma família unida, harmoniosa e feliz.

Assim, através desta experiência foi possível, **em situação de especial complexidade**, criar um contexto para a mudança, contribuindo no ajuste no funcionamento deste sistema familiar; onde, em parceria com a família, desenvolvemos um cuidado colaborativo e maximizador do potencial de saúde.

Unidade de competência: “Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”

As **mudanças no funcionamento familiar** implicam novas histórias, novas relações e novos comportamentos. No entanto, para que ocorram é necessário que o EF planeie as

intervenções, em parceria com a família, promovendo a sua participação em todas as fases do processo de cuidados. O EF deve considerar os recursos internos e externos da família, potenciando as suas forças, porque assim, demonstra que a mudança é viável e obtém um processo de negociação e de comprometimento da família com os cuidados, mais eficaz (Figueiredo, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Deste modo, o EF consegue também, promover a capacitação familiar para os seus próprios cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Tendo por base estes princípios, durante a minha prática, procurei cuidar utente/família, em colaboração e parceria, focando-me nas suas competências, recursos e forças; e incentivando-os a assumirem um papel proativo na adoção de atitudes e comportamentos condutores de mudança e que resultem no fortalecimento do funcionamento familiar. Neste âmbito, gostaria de destacar a realização das consultas de vigilância de “Diabetes/Hipertensão” onde implementei algumas estratégias, das quais destaco: *(i)* marcação da consulta de vigilância em horário favorável ao utente/família; *(ii)* consultas de enfermagem direcionadas para a avaliação e a capacitação do utente/família para a Gestão do Regime Terapêutico; e *(iii)* dinamização do Dia Mundial da Diabetes, através da elaboração de um panfleto intitulado “Diabetes e Família” (Apêndice II), que passou a ser um suporte de educação e promoção da saúde nas consultas de diabetes.

Ao refletir nas atividades e competências desenvolvidas durante o meu percurso formativo na USF Rainha D. Tereza, verifiquei que, ao cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, nos seus diferentes contextos e aos diferentes níveis de prevenção, esta surge como uma estrutura em constante mudança e evolução, com vivências únicas e singulares. Compreendi também, que na arte do cuidar, é fundamental adotar uma visão sistémica e ter a família como nossa aliada. Considero que, através do desenvolvimento das unidades de competência do EEESF propostas, cresci ao nível pessoal e profissional, transpondo para a minha prática diária uma visão mais alargada dos cuidados, que supera a individual e integra a familiar.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo empírico desenvolveu-se no âmbito da UC Estágio, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em ESF e foi implementado durante a realização do estágio de natureza profissional na USF Rainha D. Tereza.

O envelhecimento é um processo único, complexo e inevitável, tal como o é, envelhecer em família, onde as mudanças que ocorrem, sendo expectáveis e inevitáveis, devem tornar-se oportunidades de desenvolvimento individual e familiar (Núncio & Rocha, 2019).

Na família, os filhos na meia-idade, assumem um papel preponderante no acompanhamento dos seus pais que estão a envelhecer, verificando-se o início de uma nova fase no ciclo da vida familiar. Nesta fase, ocorre um reajuste no funcionamento familiar, fazem-se adaptações e repensam-se soluções e estratégias para a vivência do quotidiano, bem como, experimentam-se novas emoções e novas formas de viver a relação familiar, concretamente a relação entre pais e filhos (Núncio & Rocha, 2019). Assim, vivenciar o processo de envelhecimento na família, em concreto pelos filhos na meia-idade e seus pais, embora sendo de extrema riqueza, representa um desafio para todos os envolvidos.

O EF assume-se como o profissional que cuida da família enquanto unidade de cuidados e, adotando um modelo de proximidade e colaboração, presta cuidados à família como um todo e aos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, e aos diferentes níveis de prevenção; com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais, visando a capacitação familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, 2015, 2018).

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESF (2015, p. 17387), na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEESF deve procurar ajudar a família a alcançar o máximo potencial de saúde, através: *(i)* da “criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”; *(ii)* do “estabelecimento com a família de objetivos para a mudança, perspetivando novas formas de funcionamento ajustadas aos seus processos de transição normativos”; *(iii)* do “fornecimento de informações e sugestões orientadoras dos cuidados antecipatórios dirigidas às famílias para a maximização do seu potencial de saúde”; e *(iv)* da “avaliação

processual dos resultados das intervenções que permita a reformulação colaborativa das estratégias, com vista à obtenção dos ganhos em saúde para as famílias”.

Assim, partindo destes princípios e considerando a família que se encontra num estadio de ciclo vital envelhecido, o EF deve procurar assumir-se como um facilitador da vivência desta etapa de desenvolvimento familiar, através da orientação antecipada e da promoção da saúde familiar, de forma a ajudar a família a alcançar o máximo potencial de saúde. Concretamente, através de uma orientação antecipada junto dos filhos na meia-idade para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais, o EF conseguirá proporcionar-lhes uma precoce tomada de consciência sobre os desafios futuros. E, cuidando em colaboração com os mesmos, focando-se nos seus recursos e forças, irá incentivá-los e capacitá-los a promover a sua saúde familiar, apoiando-os no planeamento, com antecedência, da vivência do envelhecimento na família. Desta forma, o EF desenvolverá um trabalho com a família em ciclo vital envelhecido, ajudando-a a obter ganhos em saúde, visando alcançar o seu máximo potencial de saúde.

Um processo de investigação inicia-se pela “escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação” (Fortin, 2009, p. 49). Qualquer processo de investigação deve assentar numa revisão da literatura que permita identificar o estado da arte sobre o tema.

Assim, através da revisão da literatura, constatou-se que a investigação se tem focado principalmente na pessoa idosa e nas implicações/consequências do cuidar para o cuidador informal. No entanto, são escassos os estudos que se centram nos antecedentes do cuidar, nomeadamente na necessária preparação das famílias, em concreto, dos filhos na meia-idade, para o envelhecimento dos seus pais. Existe pouca informação que evidencie em que medida estes filhos se preocupam e se envolvem, antecipadamente, no processo de envelhecimento dos seus pais. Por outro lado, a promoção da saúde familiar é uma componente fundamental da saúde da família, sendo o EF um facilitador deste processo. No entanto, e de acordo com Bomar e Baker-Word (2005), são escassos os estudos que evidenciem a mais valia do papel do EF na promoção da saúde familiar, sendo necessária mais investigação a este nível.

Portanto, atendendo ao exposto, encontraram-se os principais motivos que deram origem ao tema deste estudo empírico e que se centra, no âmbito da promoção da saúde familiar, no EF enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada.

A realização deste estudo teve subjacente as seguintes questões orientadoras da investigação:

- Como perspetivam os filhos adultos na meia-idade, as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais?
- Quais as expectativas dos filhos adultos na meia-idade, face ao papel do EF enquanto promotor da relação filial em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido?
- Qual a perceção dos enfermeiros de família (EFs) relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade, quando integrados em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido?

E teve como objetivo geral:

- Co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com EFs, orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

O estudo empírico desenvolveu-se em duas fases, designadas por Fase 1 e Fase 2 e a colheita de dados decorreu de outubro a dezembro de 2019 na Fase 1 e em fevereiro de 2020 na Fase 2.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico insere-se na fase conceitual do processo de investigação e “permite estabelecer em que medida um dado tema foi tratado, de modo a que o estudo empreendido se possa justificar” (Fortin, 2009, p. 87). Para esse propósito, é necessária uma revisão da literatura “em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar ou seguir o enunciado das questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 87).

Esta fase do desenvolvimento do estudo empírico, resulta de uma revisão da literatura, que permite analisar e compreender o estado da arte da temática em estudo – no **âmbito da promoção da saúde familiar, o EF enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada**.

2.1. O ENVELHECIMENTO NA FAMÍLIA

O envelhecimento é um processo de deterioração progressiva e pessoal, caracterizando-se pelo declínio da capacidade funcional, psicológica e social de uma pessoa – a velocidade e gravidade com que ocorre, é variável de pessoa para pessoa (M. P. S. e Silva, 2011). O ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem em grande parte das características e vivências individuais; mas, também, dos fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, aos quais a pessoa esteve ou está exposta ao longo da vida (Loureiro, 2011; M. P. S. e Silva, 2011). Atendendo à complexidade que envolve o processo de envelhecimento pode ocorrer um risco a ele associado: o idoso e, implicitamente, a sua família, podem conotar e estereotipar o envelhecimento como sinónimo de inatividade, ausência de produção, incompetência e tender a comportamentos de afastamento ou mesmo de isolamento.

Considerando que o envelhecimento populacional é uma realidade atual, vivendo-se mais tempo, crescem vários desafios e imperativos de mudança associados a essa vivência. Assim, torna-se pertinente considerar o envelhecimento ativo e saudável como sendo aquele que deve ser implementado pela pessoa idosa e fomentado pelos seus familiares e sociedade.

A qualidade de vida da pessoa está intrinsecamente ligada ao envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013). Esta, segundo Loureiro (2011), traduz-se pela preservação do estado de saúde da pessoa e pelo equilíbrio de um conjunto de fatores e sistemas que

nela interferem (família, trabalho, sociedade). Para a pessoa idosa, na perspectiva de Zaidi (as cited in Costa et al., 2017) são três, as componentes fundamentais para o conceito de qualidade de vida: o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações decorrentes da vida - reforma, viuvez, problemas de saúde, entre outros. Uma das barreiras que pode limitar a capacidade funcional e a participação da pessoa idosa na sociedade é a decorrente da maneira como se percebe o envelhecimento e a forma como se olha e trata a pessoa idosa (Costa et al., 2017). É necessário mudar pensamentos e combater possíveis estereótipos associados ao envelhecimento, passando pela sensibilização da família para que fomente o respeito pelo seu familiar idoso, o integre no seio familiar, fazendo-o sentir-se útil, confiante e motivado para a vivência satisfatória e plena desta fase da sua vida. Osório e Pinto (as cited in Oliveira, 2011, p. 12) referem que:

Se, durante a vivência, o homem incorporar valores estereotipados e negativos em relação ao idoso, esses valores irão nortear a sua afectividade para com os velhos e para consigo mesmo futuramente, pois não se pode olvidar que esse período da vida – velhice - é peculiar a todos, porque todos são membros potenciais do grupo classificado como idoso.

Assim, contrariar esses valores estereotipados e negativos, constitui-se um processo evolutivo que a pessoa e a sua família deverão fazer ao longo do seu ciclo vital, abrindo espaço à possibilidade de se conviver de uma forma mais harmoniosa, bem como de se encarar a velhice com uma maior naturalidade e tranquilidade (Loureiro, 2011).

2.2. O CICLO VITAL FAMILIAR E A RELAÇÃO FILIAL EM IDADE ADULTA AVANÇADA

Contribuir para a implementação de um envelhecimento ativo e saudável é da responsabilidade de todos. Concretamente, a família assume uma parte integrante neste processo; a destacar os filhos, a viverem a fase da meia-idade, como aqueles que assumem um papel preponderante no acompanhamento dos seus pais que, gradualmente, vão envelhecendo. Considerando de extrema importância este seu papel, importa compreender como vivem estes filhos a fase da meia-idade, bem como, realçar as etapas do ciclo vital familiar, onde a questão do envelhecimento e relações filiais se denotam e a adaptação ao mesmo se revela necessária.

Neugarten e Datan (as cited in Fonseca, 2004) consideram que a meia-idade compreende um período que decorre entre os 40 e os 60/65 anos; no entanto, atendendo aos contextos, pode-se considerar o intervalo dos 30 aos 60 anos ou apenas dos 40 aos 50 anos. Segundo Fonseca (2004), existem outros acontecimentos, como os biológicos (ex.: doenças crónicas) e sociais (ex.: topo da carreira profissional, saída dos filhos de casa, reforma) que podem traduzir a vivência da meia-idade. Assim, não é possível manter uma visão rígida relativa ao início e término da meia-idade. Importa sim, compreender durante que período ela decorre e quais são as características que nela são mais marcantes.

Neste período, o indivíduo tende a refletir sobre o seu percurso de vida, autoavaliando o processo de desenvolvimento atingido até ao momento e, assim, procura perspetivar-se para o futuro que se avizinha. Fonseca (2004) considera a meia-idade como uma importante fase, onde a pessoa assume parte ativa para definir a sua qualidade de vida para o restante ciclo de vida. Fonseca (2004, p. 41) ajuda ainda, a compreender a vivência deste período ao referir que as mudanças que nele ocorrem:

(...) trazem consigo a necessidade de redefinir objectivos (que sejam realistas e adequados), de perceber qual o sentido que se pretende dar ao resto da vida (quais são as prioridades), de compreender quais as estratégias mais ajustadas para lidar com o stresse de agora em diante (maior flexibilidade e paciência) e de desenvolver competências que permitam ao indivíduo enfrentar com sucesso o dia-a-dia.

O sucesso para lidar e superar estas mudanças, dependerá das características e recursos individuais (Loureiro, 2011).

A Família é o porto de abrigo para se viver todas as fases do desenvolvimento familiar, e em especial, o lugar ideal para se envelhecer (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Elsen, Marcon, e Silva (as cited in Figueiredo et al., 2011, p. 13) consideram que a família “supervisiona o estado de saúde de seus membros toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir (...), acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais”. Para além do contexto familiar ser aquele onde se tomam as decisões sobre as práticas de saúde, é também onde a família surge como provedora de cuidados de saúde, quer em contexto de promoção de saúde, quer em situação de doença (Hanson, 2005). E, atendendo ao emergente envelhecimento populacional, a família tem-se vindo a constituir como fonte

primária de prestação de cuidados à pessoa idosa (Figueiredo et al., 2011). Sendo que “(...) um ambiente seguro, estável do ponto de vista emocional, com os cuidados e atenções necessários parecem ser factores de promoção e manutenção da saúde” (Figueiredo et al., 2011, p. 14). Por outro lado, a família caminha através de transições, onde os novos contextos exigem mudança nos padrões familiares (Figueiredo, 2009). As transições vivenciadas, podem ser normativas e não normativas. As primeiras, estão associadas a situações do ciclo vital da família, decorrendo das mudanças previsíveis relacionadas quer às transições individuais dos seus membros, quer ao desenvolvimento da família enquanto sistema; as segundas, estão associadas a situações e stresse acidentais e de saúde/doença (Dias, 2011; Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

O ciclo vital da família descreve o modo como o sistema familiar evolui e se transforma ao longo do tempo, associando-se às entradas (nascimento, adoção e casamento) e às saídas (por morte) dos membros familiares (Sousa et al., 2004; Wright & Leahey, 2002). Estes eventos transacionais, ainda que normais na vida da família, enquadram-se em etapas que delimitam, ao longo do tempo, uma sequência previsível de mudanças na organização familiar, obrigando à reorganização dos papéis e a regras familiares. A adaptação a novas situações, garante a mudança e a continuidade da família; que, com um maior ou menor nível de stresse, vê o seu sistema familiar a funcionar e a desenrolar-se num contexto co-evolutivo – é a forma particular como a família se desenvolve ao longo do ciclo vital, que lhe confere individualidade neste processo (Figueiredo et al., 2011).

Carter e MacGoldrick (as cited in Sousa et al., 2004; as cited in Wright & Leahey, 2002), definiram seis estádios de desenvolvimento do ciclo vital da família, face à entrada, saída e desenvolvimento dos seus membros: sair de casa, união de famílias pelo casamento (novo casal), famílias com filhos pequenos, famílias com adolescentes, encaminhamento dos filhos e saída de casa, e, por último, famílias no fim da vida.

Os filhos na meia-idade encontram-se a viver o quinto estádio – encaminhamento dos filhos e saída de casa – no qual a “família, após ter cuidado, protegido e socializado os seus filhos, os deixa partir como adultos independentes” (Sousa et al., 2004, p. 22). Este estádio pressupõe como transição mais importante, a de aceitar múltiplas saídas e entradas no sistema familiar. A família redefine a função do casamento, desenvolve relações adulto-adulto com os filhos e realinha relacionamentos de modo a permitir a entrada de novos elementos (noras/genros e netos). Ainda numa perspetiva de envelhecimento familiar, a família lida com as incapacidades dos pais, podendo-se verificar, também, a entrada dos pais idosos, agora dependentes e que necessitam dos

cuidados dos seus filhos (Sousa et al., 2004; Wright & Leahey, 2002). Passar a cuidar dos pais quando, no passado, eram por eles cuidados, faz com que, por um lado, os filhos na meia-idade se deparem com a perda de suporte da geração anterior e, por outro, se vejam perante a exigência de ter de aprender a lidar com o envelhecimento, revendo e adaptando-se a novas funções, papéis e tarefas familiares (Loureiro, 2011; Núncio & Rocha, 2019; Oliveira, 2011).

Os idosos encontram-se a viver o último estadió do ciclo vital da família – famílias no fim da vida – que pressupõe como transição mais importante, a de aceitar a mudança de papéis geracionais. A geração mais idosa tem de permitir que a geração de meia-idade adote um papel mais central no seio familiar; e esta tem de dar espaço à sabedoria e à experiência dos idosos. Este estadió implica ainda uma dupla exigência, a de se aprender a lidar com perdas variadas (morte do cônjuge, irmãos, amigos, perda de prestígio e poder) e com a preparação da própria morte; e a de manter interesse por si e pelo cônjuge, bem como de explorar novos papéis familiares e sociais, independentemente do declínio físico (Sousa et al., 2004; Wright & Leahey, 2002).

Atendendo aos estadios supracitados, pode constatar-se que são vários os desafios com que a família se depara, exigindo uma adaptação constante. Considerando em concreto o processo de envelhecimento na família, um desses desafios relaciona-se com as alterações nas relações familiares, das quais se destacam as relações filiais. Segundo Sousa et al. (2004), normalmente, os pais idosos e os seus filhos na meia-idade, reaproximam-se; o contacto inter-geracional é mais forte entre mulheres (mães e filhas); e, para a maioria dos idosos, os filhos adultos são elementos-chave. No entanto, apesar desta reaproximação, compreender a família que está a envelhecer, é considerar também a possibilidade de conflitos entre pais e filhos, sobretudo decorrentes das heranças, das relações com os membros por afinidade (genros, noras) e das expectativas díspares. Estas expectativas estão relacionadas com a existência da chamada “geração sanduiche” – atual geração de meia-idade, a viver entre duas gerações: a dos filhos (adolescentes e jovens adultos) e a dos pais (idosos) (Zal, 1992). Os pais idosos esperam dos filhos mais proximidade, no entanto, estes tendem a centrar-se na sua própria família, uma vez que têm filhos que podem ainda não ter “saído de casa” e continuam a necessitar e a depender dos cuidados dos pais (D. T. da Silva, 2012). Durante este período, a pessoa de meia-idade desempenha uma variedade de papéis: marido/mulher, pai/mãe, sogro/sogra, avô/avó, filho/filha de pais idosos (M. T. M. L. da S. R. Ribeiro, 2005). Assim, os filhos na meia-idade veem-se sujeitos a cuidar simultaneamente de duas gerações, a dos filhos (adolescentes e jovens adultos) e a dos pais (idosos) que, sendo gerações

distintas, exigem um apoio diferenciado da geração do meio (Zal, 1992). Esta etapa representa, também, um ritmo de vida acelerado e sobrecarregado, dividido “(...) entre a necessidade de acompanhar de perto a geração dos filhos e a dos pais, conseguindo, ao mesmo tempo, assumir responsabilidades profissionais” (Núncio & Rocha, 2019, p. 10). As necessidades, solicitações e exigências decorrentes do envelhecimento dos seus pais serão muitas e variadas, desde as relativas à logística quotidiana, às decisões mais complexas relativas ao futuro (Núncio & Rocha, 2019). Por este motivo, segundo Sousa et al. (2004), os filhos na meia-idade, relativamente aos seus pais, vivenciam sentimentos de ambiguidade entre a atenção filial (querer ajudar mais) e a ansiedade filial (não querer ter essa obrigação). No entanto, apesar de tudo, Sousa et al. (2004) demonstram que, ao longo do processo de envelhecimento, as relações filiais tendem a fortalecer-se. Se tal não ocorrer, é porque já existiam relações problemáticas entre pais e filhos, estabelecidas ao longo do ciclo familiar.

Considera-se pertinente, ainda, abordar um último aspeto no que respeita ao envelhecimento na família e respetivas relações, e que diz respeito ao processo de tornar-se cuidador familiar da pessoa idosa dependente. De acordo com Sousa et al. (2004, pp. 64–65):

A definição do cuidador surge na relação dialéctica com a eleição dos não-cuidadores (Velasquez et al., 1998). Efectivamente, as pessoas que assumem a prestação informal de cuidados fazem-no através de um processo de *resvalar para dentro (slipping into it)*. Mas este processo é acompanhado de um outro, o de *resvalar para fora (slipping out of it)*. Ou seja, ao mesmo tempo que um membro da família assume a responsabilidade da prestação de cuidados, os outros *descartam-se*. Este processo desenvolve-se num ciclo: quanto mais o cuidador se envolve, mais os não-cuidadores se afastam, levando a supor que, uma vez assumido, o cuidado é intransferível.

Pode afirmar-se, então, que a responsabilidade pelos cuidados não é uma opção, pois, por norma, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas resvala nessa direção.

No processo de se tornar cuidador é mais provável que seja, o cônjuge e os filhos, sobretudo do sexo feminino (Sousa et al., 2004). A este nível, destaca-se o estudo de

Grundy e Henretta (2006) com mulheres da geração sanduiche dos EUA e Grã-Bretanha, onde se verificou uma superioridade de ajuda aos filhos comparativamente à ajuda prestada a um pai ou sogro. Este estudo demonstrou também, que ter três ou mais filhos, se associava a uma menor probabilidade de fornecer ajuda aos pais.

Outro aspeto a considerar neste processo de cuidar é o facto de muitos idosos acabarem por não receber a assistência que necessitam porque optam por esconder a gravidade das suas dificuldades do resto da família até que ocorra uma crise (Richards & Lilly, 2005). Nestes casos, se os filhos não se encontrarem despertados para os sinais que denunciam que os seus pais precisam de apoio, este pode estar a ser negligenciado e, mediante a ocorrência de uma crise, os filhos veem-se perante exigências imprevistas em relação a cuidados imediatos e assistência, para a qual não estavam preparados (Richards & Lilly, 2005).

Assim, torna-se explícito que tornar-se cuidador é um processo complexo e que deve ser encarado com sensibilidade e sensatez, para que melhor seja compreendido.

Em suma, atendendo às alterações sociodemográficas, tem-se verificado uma transformação na duração dos estadios do ciclo vital familiar, assim como estes se podem sobrepor, implicando novas transições, diferentes níveis de desenvolvimento e, conseqüentemente, uma maior complexidade (Figueiredo, 2009). Assim, pode afirmar-se que, ao refletir sobre os filhos na meia-idade, enquanto geração sanduiche, e os seus respetivos pais a viverem o seu envelhecimento, se está perante um sobrepor de dois estadios do ciclo vital familiar. Deste modo, perspetiva-se uma vivência que carece de reflexão porque, sendo inquestionável a sua riqueza, é decerto também, um desafio a ser vivido por todos. Por um lado, a família, em concreto os filhos, ao longo do ciclo vital, devem-se preparar para o envelhecimento dos seus pais, como forma de promover um envelhecimento mais ativo e saudável dos mesmos e como forma de, face à necessidade de cuidados e, conseqüentemente, de um cuidador, este o possa ser de forma consciente, por opção e com estratégias previamente definidas que visem a sua adaptação, redução de stresse e de possível sobrecarga. Por outro lado, o EF tendo consciência da pertinência desta temática, tem inerente a si qualidades e competências que criam as condições ideais para estabelecer uma parceria eficaz com os filhos na meia-idade e os seus pais, de forma a ajudá-los a viverem, saudavelmente e em conjunto, o envelhecimento na família.

2.3.O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO PROMOTOR DA SAÚDE FAMILIAR EM IDADE ADULTA AVANÇADA

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas conduziram a significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, assim como as alterações sociodemográficas conduziram a novas necessidades de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, exerce uma forte influência sobre o bem-estar, a saúde e a doença dos seus membros, mantendo-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus elementos (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Wright & Leahey, 2002). Brás et al. (2013) consideram que o contexto familiar é aquele que permite avaliar as respostas humanas aos processos de transição e de doença, mais facilmente. Sendo assim, é evidente que o cuidado centrado na família se torne parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2002). Prática esta operacionalizada pelo EF, que surge como o profissional que integrado numa equipa multidisciplinar, presta cuidados especializados em saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A promoção da saúde familiar traduz-se nos comportamentos que a família implementa para manter ou aumentar o bem-estar físico, emocional e espiritual ou a qualidade de vida do sistema familiar e dos seus membros, segundo Bomar (as cited in Bomar & Baker-Word, 2005) e Potter (as cited in Figueiredo, 2009). A família empenha-se no sentido da coesão familiar e de atingir o potencial máximo de saúde. Partindo do pressuposto que os comportamentos, valores e padrões de saúde são assimilados dentro do contexto familiar, é fundamental que o EF incentive as famílias a trabalharem juntas e a usarem estratégias para promover a sua saúde familiar. Cabe ao enfermeiro colaborar com a família, fornecer informação, dar ânimo e estratégias para a ajudar a alcançar, manter e recuperar o seu nível mais elevado de saúde – ele promove a capacitação familiar (Bomar & Baker-Word, 2005). A prática de enfermagem de família, segundo Bomar e Baker-Word (2005, p. 210), tem como componentes essenciais “apoiar a saúde da unidade familiar como um todo e encorajar as famílias a valorizarem e a incluírem a promoção da saúde nos seus estilos de vida”. O EF constitui-se um facilitador na promoção da saúde e bem-estar familiar. Deve estar desperto para os pressupostos que Bomar (as cited in Bomar & Baker-Word, 2005, pp. 220–221) destacou como fundamentais para orientar a prática do enfermeiro quando trabalha com famílias, no âmbito da promoção da saúde; dos quais se realça: (i) “as famílias são essencialmente responsáveis pela sua própria saúde”; (ii) “as famílias têm direito à informação sobre a

saúde para poderem tomar decisões e fazer escolhas sobre estilos de vida”; (iii) “as famílias têm o potencial de melhorar a sua saúde, e isto pode ser aumentado por um enfermeiro, que se preocupe e que seja culturalmente competente”. Sendo assim, reconhecer a importância da promoção da saúde familiar e da capacitação da família, constituem-se componentes vitais da prática de enfermagem de família.

Durante o ciclo vital familiar, a família vivencia situações de crise e stresse; podendo, o processo de envelhecimento na família, constituir-se uma dessas situações. Assim, cabe ao EF ajudar a família a adaptar-se, capacitando-a para que ela promova a sua resiliência e consiga implementar mudanças que aumentem a capacidade de se manter unida. Segundo Bomar e Baker-Word (2005, pp. 222–223), “o enfermeiro pode ensinar as famílias a anteciparem as mudanças na vida, fazerem os ajustes necessários nas rotinas familiares, avaliarem papéis e relações e a reestruturarem eventos de forma lógica”. Assim, uma orientação antecipada realizada pelo EF junto dos filhos, que se encontram a vivenciar o processo de envelhecimento dos seus pais, decerto ajudá-los-á a planearem com antecedência as alterações e rumo que gostariam de dar na vivência do envelhecimento em família. Acrescentar que, e de acordo com Richards e Lilly (2005), o EF para promover, eficazmente, a saúde na família que está a envelhecer, deve estar atualizado e ser proativo na prestação de informação, formação, intervenção e encaminhamento do idoso e sua família.

Uma família saudável é aquela que se compromete com a unicidade familiar e com a negociação partilhada dos objetivos da família. Bomar e Baker-Word (2005, p. 224) destacam como papel vital do EF, trabalhar com estas famílias, que mesmo considerando-se “saudáveis” podem, em função dos acontecimentos da vida, rapidamente deixar de o ser e assim, beneficiam do seu apoio orientado; atendendo a que, ao EF compete “(...) a prestação de orientação antecipada a membros adultos da família, para ajudá-los a compreender e a valorizar as questões do desenvolvimento e as transições individual, díade, pai-filho e família”.

De acordo com o regulamentado pela OE (2018), cabe ao EF cuidar a família enquanto unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas suas transições, bem como cuidar ao nível dos diferentes níveis de prevenção. Atendendo às competências supracitadas, pode-se considerar que o EF tem ao seu alcance a possibilidade de criar um contexto para a mudança e promoção da saúde familiar, ao detetar precocemente situações problemáticas (a exemplo, a complexidade do envelhecimento e suas repercussões na

família) e desenvolver com a família conversas terapêuticas e convites à reflexão; favorecendo, assim, uma precoce tomada de consciência sobre os problemas/desafios da saúde familiar (Angelo, 2015; Figueiredo, 2009).

Em suma, a promoção da saúde familiar é uma componente fundamental da saúde da família e é inquestionável a mais valia das intervenções de enfermagem neste âmbito. No entanto, segundo Bomar e Baker-Word (2005) o registo da sua eficácia é limitado, pelo que “é preciso que haja mais investigação sobre a eficácia das intervenções para promover a saúde familiar” (p.215); bem como, apesar das já várias investigações no âmbito da família, “(...) a pesquisa sobre o tópico da promoção da saúde familiar é escassa” (p.228), pelo que, “(...) a investigação da promoção da saúde familiar continua a ser necessária” (p.227). É importante que o EF compreenda a necessidade de não só se centrar na promoção da saúde individual e na intervenção na família durante a doença, mas também de orientar o seu foco para apoiar aquelas que são as famílias saudáveis.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico corresponde ao processo racional utilizado pelo investigador, através da implementação de um conjunto de métodos e técnicas que visam concetualizar e compreender o fenómeno pretendido (Fortin, 2009). Atendendo à sua função orientadora num processo de investigação, torna-se importante que o investigador selecione a metodologia que mais se adequa ao fenómeno que pretende estudar.

Assim, apresenta-se e fundamenta-se a metodologia selecionada para a implementação do estudo empírico durante a realização do estágio na USF Rainha D. Tereza. Como forma de guiar o leitor, e considerando que este estudo se desenvolveu em duas fases, procede-se a uma diferenciação das mesmas por cores: **Fase 1** (azul) e **Fase 2** (verde).

3.1. TIPO DE ESTUDO

Atendendo à escassa investigação desenvolvida na área temática deste estudo empírico, considerou-se relevante, face à família com relações filiais em idade avançada, conhecer, por um lado, como percecionam os filhos adultos na meia-idade o envelhecimento dos seus pais, numa perspetiva futura e quais as suas expectativas face ao papel do EF na promoção da relação filial; e por outro lado, explorar como os EFs percecionam a abordagem da promoção da relação filial, dirigida a filhos adultos na meia-idade quando integrados em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

Para fundamentar o tipo de estudo selecionado para este estudo empírico, destacam-se algumas considerações teóricas. Assim, considera-se a metodologia qualitativa que visa compreender o sentido da realidade social na qual se insere a ação; atendendo que cada realidade é fundamentada nas perceções dos indivíduos (Fortin, 2009). Considerando que a prática profissional de enfermagem se desenvolve a partir das experiências de vida dos indivíduos, destaca-se também, o estudo fenomenológico. Este "(...) é uma abordagem qualitativa reconhecida, aplicável ao estudo de fenómenos importantes na disciplina de enfermagem" (Streubert & Carpenter, 2013, p. 73) e tem como objetivo "descrever a experiência, extrair a natureza dos fenómenos e a significação que as pessoas lhe atribuem" (Fortin, 2009, p. 292). Considera-se ainda, o estudo exploratório, levado a cabo, quando se sabe muito pouco sobre um determinado

fenómeno e se pretende gerar ideias, conhecimentos ou compreensões acerca do fenómeno em estudo (Hanson, 2005).

Assim, considerando os objetivos propostos para esta investigação, este estudo baseou-se num paradigma de investigação qualitativa, seguindo o método fenomenológico, numa vertente de estudo exploratório. A opção por esta metodologia revelou ser a mais adequada para conhecer, explorar e analisar a perspetiva dos sujeitos participantes: numa primeira fase (**Fase 1**) decorrente de entrevistas realizadas a utentes (filhos adultos na meia-idade), que numa fase seguinte (**Fase 2**), mediante prévia análise, foi levada a grupo focal realizado com os EFs, no sentido de se conseguir aceder à evidência que permita orientar para uma prática de intervenção especializada de ESF, com vista a promover a relação filial em idade adulta avançada (Figura 2).

De salvaguardar que, embora se tenha proposto estudar os filhos na meia-idade numa análise prospetiva, considerou-se que as suas experiências de vida, através do contacto, ao logo do ciclo vital com o envelhecimento e os processos adjacentes, seriam fonte de construção da sua própria percepção sobre este fenómeno e, assim, sustentassem a opção metodológica adotada sob o ponto de vista fenomenológico.



Figura 2 - Desenho de estudo

3.2. SUJEITOS PARTICIPANTES

A investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, respondendo a características precisas definidas pelo investigador (Fortin, 2009). Na maioria dos casos, os sujeitos participantes são integrados no estudo, de forma intencional ou por conveniência, e o seu número pode não estar definido previamente, uma vez que irá depender dos dados colhidos e da saturação dos mesmos (Fortin, 2009).

O presente estudo empírico foi implementado por duas fases, durante a realização do estágio na USF Rainha D. Tereza, compreendendo o período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020. Assim, foi nesta unidade onde se encontraram os sujeitos participantes do estudo; recorrendo a uma amostra não probabilística por conveniência, obedecendo a critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos.

Fase 1

Nesta fase, os sujeitos participantes fizeram parte de um grupo alargado de utentes que se encontravam inscritos na USF Rainha D. Tereza. Com a colaboração da equipa de enfermagem e auxílio do sistema informático, selecionaram-se os sujeitos participantes de acordo com os critérios de inclusão: mulheres ou homens, com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, que tenham os dois pais autónomos; compreendam a língua portuguesa; e apresentem facilidade na comunicação. E como critério de exclusão, considerou-se: mulheres e homens que se recusem a participar no estudo.

Participaram nesta fase do estudo, 10 utentes, entre os meses de outubro a dezembro de 2019.

Fase 2

Nesta fase, os sujeitos participantes fizeram parte de um grupo alargado composto pelos elementos pertencentes à equipa multidisciplinar da USF Rainha D. Tereza. A sua seleção teve como critério de inclusão: EFs pertencentes à equipa de enfermagem. E como critério de exclusão, considerou-se: EFs pertencentes à equipa de enfermagem que se encontrem de férias, baixa médica e se recusem a participar no estudo.

Em fevereiro de 2020, foi direcionado um convite aos EFs da USF Rainha D. Tereza para participarem na fase 2 deste estudo (Apêndice III). Participaram 7 enfermeiros,

representando a totalidade da equipa de enfermagem, não tendo sido necessário aplicar o critério de exclusão pré-definido.

3.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

No âmbito da investigação qualitativa, a questão de investigação é aquela que necessita de uma exploração ou de uma descrição da experiência humana ou daquilo que é vivenciado (Fortin, 2009). Por outro lado, os objetivos do estudo, visam descobrir, explorar, descrever e compreender na sua plenitude, os fenómenos (Fortin, 2009).

Assim, em convergência com o propósito do estudo e a respetiva fase, foram formuladas **três questões de investigação**.

Fase 1

- Como perspetivam os filhos adultos na meia-idade, as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais?
- Quais as expectativas dos filhos adultos na meia-idade, face ao papel do EF enquanto promotor da relação filial em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido?

Fase 2

- Qual a perceção dos EFs relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade, quando integrados em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido?

Partindo das questões de investigação, definiu-se como **objetivo geral**:

- Co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com EFs, orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

E particularizou-se para este estudo, os seguintes **objetivos específicos**:

- Conhecer a perspetiva dos utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, bem

como as expectativas por si atribuídas ao papel do EF, enquanto promotor da relação filial em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido;

- Explorar a perceção dos EFs relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade, quando integrados em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido;
- Propor orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial, dirigidas a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A entrevista semiestruturada é um método importante de colheita de dados na investigação qualitativa. Neste tipo de entrevista, o investigador coloca questões de tipo aberto, permitindo que o participante responda livremente e, deste modo, este conseguirá com mais facilidade exprimir as suas opiniões e os seus sentimentos face ao assunto abordado (Fortin, 2009). A entrevista semiestruturada, pode ser desenvolvida face a face ou por telefone, pode ser individual ou dirigida a pequenos grupos; pode ser relatada por escrito ou registada em vídeo ou áudio (Fortin, 2009). Quando se realiza uma entrevista de grupo, segundo Fontana e Frey (as cited in L. Aires, 2015, p. 36), esta não substitui a entrevista individual; consiste sim, numa “(...) opção que pode proporcionar outro nível de informação ou uma perspectiva de pesquisa não disponível na entrevista individual”. É necessário que a entrevista seja estruturada num guião, no qual constam blocos temáticos e objetivos, constituindo-se um instrumento que, no momento da entrevista, ajuda a gerir questões e relações (Amado, 2017).

Assim, considerando o supracitado, para o presente estudo empírico, sendo ele de natureza qualitativa, selecionou-se como instrumento de recolha de dados, a entrevista semiestruturada, registada em áudio; adotando características particulares, de acordo com a fase do estudo.

Fase 1

Nesta fase, optou-se por uma entrevista individual, desenvolvida face a face, com recurso ao “Guião de Entrevista Individual” elaborado (Apêndice IV). Este foi constituído por duas partes: a primeira, referente ao questionário para caracterização

sociodemográfica do sujeito participante e a segunda, referente aos blocos temáticos, objetivos e guião das informações/questões-chave que se pretendiam realizar no decurso da entrevista para dar resposta, nesta fase, aos objetivos delineados para o estudo.

Fase 2

Nesta fase, optou-se por uma entrevista de grupo focal, com recurso ao “Guião de Condução de Grupo Focal (grupo composto pelos EFs)” elaborado (Apêndice V) e complementada com apresentação em PowerPoint (Apêndice V). O guião foi constituído por duas partes: a primeira, referente ao questionário para caracterização socioprofissional dos sujeitos participantes e a segunda, referente aos blocos temáticos, objetivos e guião das informações/questões-chave que se pretendiam realizar no decurso da entrevista para dar resposta, nesta fase, aos objetivos delineados para o estudo.

3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS PARA RECOLHA DE DADOS

Para a implementação deste estudo, numa primeira fase foi solicitado Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética da ARS do Centro, que foi homologado com parecer favorável (Anexo I) e pedidas autorizações ao Diretor da ESSUA (Anexo II) e à Coordenadora da USF Rainha D. Tereza (Anexo III).

Após obtenção de autorização, pelas entidades supracitadas, a recolha de dados decorreu por duas fases.

Fase 1

Para a recolha de dados nesta fase, foi solicitada à equipa de enfermagem a identificação dos sujeitos participantes. Após esta identificação, os mesmos foram contactados, pelo seu EF, via telefone ou presencialmente (quando se proporcionou contacto na USF), para verificar a sua disponibilidade em participar no estudo. Ao obter a aceitação da participação no estudo, o agendamento da entrevista foi programado segundo a sua disponibilidade. A entrevista foi realizada, em ambiente de privacidade, num gabinete da USF. Com a entrevista, procurou-se obter narrativas que descreviam a perspetiva do participante, utilizando o “Guião de Entrevista Individual” como um referencial organizado, de forma a obter o máximo de informação, com o mínimo de perguntas, tal como defende Amado (2017). O “Guião de Entrevista Individual” foi

submetido a um pré-teste, em setembro de 2019, com dois sujeitos não incluídos no estudo, para validar a sua compreensão e coerência. Este procedimento permitiu aprimorar aquele que foi o guião utilizado no estudo.

A duração das entrevistas foi, em média, de 60 minutos.

Fase 2

Para a recolha de dados nesta fase, foi direcionado um convite aos EFs da USF Rainha D. Tereza para solicitar a sua participação no estudo, através da constituição de um grupo focal ao qual pertenceriam. Após a aceitação da participação no estudo, a entrevista foi realizada em ambiente de privacidade, na Sala de Reuniões da USF. Durante a mesma, tendo em consideração as orientações de Amado (2017), envolveu-se o grupo para discutir um tópico (foco), particular e específico (foco debatido: o EF enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada); sob meu controlo, enquanto mestranda e moderadora, tendo procurado estimular e guiar a interação, discussão e reflexão entre os elementos do grupo. Esperava-se que, tal como refere L. Aires (2015) e Amado (2017), através da interação, surgissem as informações pretendidas e, simultaneamente, uma maior quantidade e diversidade de informação.

A preparação prévia da entrevista exigiu uma análise dos dados decorrentes da Fase 1 relativos a: (i) expectativas dos utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre o papel do EF enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada e (ii) orientações sugeridas pelos utentes para um exercício de ESF promotor da relação filial em idade adulta avançada. Assim, a entrevista ao grupo de enfermeiros decorreu em quatro momentos distintos. No primeiro momento, procedeu-se à legitimação da entrevista; no segundo momento, explorou-se a perceção dos EFs sobre as suas práticas de enfermagem de família promotoras da relação filial em idade adulta avançada; no terceiro momento, apresentou-se a análise dos dados decorrentes da Fase 1 anteriormente referidos e promoveu-se a reflexão entre os elementos do grupo; e no quarto momento, solicitaram-se sugestões de orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial em idade adulta avançada.

A duração da entrevista foi de, aproximadamente, 40 minutos.

Em conformidade com os princípios da investigação empírica, no decurso deste estudo foram respeitados os princípios éticos da confidencialidade dos dados colhidos e da vida privada, bem como, do anonimato dos participantes (Fortin, 2009; Streubert &

Carpenter, 2013). Assim, em ambas as fases (**Fase 1** e **Fase 2**), a entrevista iniciou-se com um esclarecimento sobre o âmbito do estudo e os seus objetivos. De seguida, foi apresentada a declaração de consentimento informado, livre e esclarecido, como forma de assegurar os direitos éticos e o consentimento dos sujeitos participantes (Apêndice VI). As entrevistas foram gravadas sob meu compromisso, enquanto mestranda, de garantir a privacidade, confidencialidade e anonimato das mesmas, pelo que foram codificadas com códigos alfanuméricos e foi garantida a sua destruição, após a realização do estudo, estando de acordo com o Regulamento (UE) 2016/679 (2016) relativo à proteção das pessoas singulares no que respeita ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. No caso da entrevista individual, cada uma foi identificada com um código alfanumérico que se iniciou em “E1”. No caso da entrevista de grupo focal, os discursos dos participantes foram identificados através de um código alfanumérico atribuído a cada participante, que se iniciou em “P1”.

Por último, salvaguarda-se que, neste estudo, esteve sempre subjacente o cumprimento de princípios éticos contemplados no Código de Nuremberga (1949), na Declaração de Helsínquia (2013) e no Relatório de Belmont (1979).

3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados do estudo foram obtidos através das narrativas dos sujeitos participantes expressas nas entrevistas realizadas e, tratando-se de dados de natureza qualitativa, para a sua análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, através de categorização e com apoio do *software* webQDA[®], tendo subjacente os pressupostos teóricos de Bardin (2013) e Amado (2017). No entanto, para a análise dos dados referentes à caracterização dos sujeitos participantes, utilizou-se uma abordagem quantitativa.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, do sistema áudio para a versão escrita, em formato digital, respeitando as expressões e momentos de pausa dos sujeitos participantes. Assim, ao realizar as transcrições, fez-se uso de algumas convenções como as aspas simples (“ ”) para os discursos dos participantes; as reticências (...) para registar os momentos de pausa; e o duplo parêntesis ((...)) para identificar os relatos irrelevantes. Depois da transcrição das entrevistas, foi, primeiramente, realizada uma leitura flutuante das mesmas, de forma a favorecer a apreensão intuitiva do fenómeno no seu global e, posteriormente, uma leitura mais segura, minuciosa e decisiva (Amado, 2017). De seguida, foi necessário organizar e

codificar o conteúdo das entrevistas, para dar resposta às questões de investigação e aos objetivos definidos neste estudo, tendo sido necessário fazer releituras constantes para rever e aperfeiçoar a codificação. Foram considerados, na análise de conteúdo, alguns aspetos indispensáveis que permitiram refletir as experiências e pontos de vista dos participantes e não os do investigador e são eles: a credibilidade, a autenticidade e a transferibilidade dos dados (Fortin, 2009). Como forma de assegurar a consistência interna da análise, seguiu-se a sugestão de Polit e Beck (as cited in Fortin, 2009), através da apresentação de interpretações preliminares aos sujeitos participantes, para validar se estas estavam de acordo com as suas experiências e pontos de vista.

Em função da análise dos dados que emergiram das narrativas e como forma de otimizar a análise de conteúdo, foi utilizado o *software* webQDA[®] que permitiu indexar as entrevistas transcritas e codificar os dados decorrentes das mesmas. Seguiu-se o mesmo princípio de Rua (2009), princípio este subjacente à taxonomia proposta por Spradley, 1979 (as cited in Rua, 2009), e que consistiu na codificação das informações, organizando-as numa lógica de estrutura de árvore (taxonomia), com diferentes ramos, cujos nós (designados por dimensões) se vão subdividindo em categorias, subcategorias e indicadores.

De acordo com o referido e mediante o desenho de estudo (Figura 2), a informação recolhida nas entrevistas com os utentes (**Fase 1**) e no grupo focal com os EFs (**Fase 2**), foi alvo de codificação, tendo resultado numa estrutura de árvore que, regendo-se pelos conceitos fundamentais da temática em estudo, agrupou os dados em dimensões, categorias, subcategorias e indicadores.

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Apresenta-se uma breve caracterização dos sujeitos participantes (utentes e EF(s) da USF Rainha D. Tereza) e a descrição e análise dos dados, que resultou na categorização alcançada neste estudo. Esta, é justificada com unidades de registo (UR) significativas dos participantes e sintetiza o conteúdo das entrevistas, destacando os aspetos mais pertinentes para o estudo.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Fase 1

Dos 10 sujeitos participantes, utentes da USF Rainha D. Tereza (Quadro 1), 7 eram do sexo feminino (70%) e 3 do sexo masculino (30%), cujas idades variaram entre os 40 e 44 anos, com uma média de 42 anos.

Relativamente ao estado civil, 5 eram casados (50%), 4 viviam em união de facto (40%) e 1 era solteiro (10%).

Quanto às profissões dos participantes, verificou-se que abrangiam diferentes áreas: domésticas (20%), engenharia (10%), operador fabril (50%), gestão (10%) e serviços (10%). Verificou-se que os 10 sujeitos participantes se encontravam profissionalmente ativos.

Todos os sujeitos participantes tinham casa própria, sendo que 1 participante vivia sozinho, sem filhos (10%), 4 coabitavam com o cônjuge e 1 filho (40%), 3 coabitavam com o cônjuge e 2 filhos (30%) e 2 coabitavam apenas com o cônjuge, não tendo filhos (20%).

Relativamente aos pais dos sujeitos participantes, estes apresentavam idades compreendidas entre os 58 e 75 anos, tendo uma média de 67 anos.

Todos os participantes têm irmãos, sendo que 3 têm 1 irmão (30%), 2 têm 2 irmãos (20%) e 5 têm 3 ou mais irmãos (50%).

Entrevista	Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Habitação	Composição do Agregado Familiar	Idade dos Pais	Número de Irmãos
E1	F.	44A	Casada	Doméstica	Casa própria	E1, marido, filho	Mãe: 67A Pai: 75A	2
E2	F.	43A	União de facto	Operária fabril	Casa própria	E2, companheiro, 2 filhas	Mãe: 63A Pai: 67A	1
E3	F.	42A	Casada	Operária fabril	Casa própria	E3, marido, filho	Mãe: 65A Pai: 70A	3
E4	F.	40A	União de facto	Operária fabril	Casa própria	E4, companheiro	Mãe: 69A Pai: 71A	1
E5	F.	40A	União de facto	Operária fabril	Casa própria	E5, companheiro	Mãe: 66A Pai: 63A	3
E6	F.	40A	Casada	Doméstica	Casa própria	E6, marido, 2 filhas	Mãe: 68A Padrasto: 72A	2
E7	F.	42A	União de facto	Operária fabril	Casa própria	E7, marido, filha	Mãe: 66A Pai: 70A	3
E8	M.	42A	Casado	Empresário	Casa própria	E8, esposa, 2 filhas	Mãe: 60A Pai: 64A	1
E9	M.	41A	Solteiro	Madeireiro	Casa própria	E9	Mãe: 58A Pai: 67A	4
E10	M.	43A	Casado	Engenheiro informático	Casa própria	E10, esposa, filha	Mãe: 73A Pai: 68A	3

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos utentes da USF Rainha D. Tereza.

Fase 2

Dos 7 sujeitos participantes, EFs da USF Rainha D. Tereza (Quadro 2), 6 eram do sexo feminino (85,7%) e 1 do sexo masculino (14,3%), cujas idades variaram entre os 40 e 52 anos, com uma média de 49 anos.

Quanto à categoria profissional verificou-se que 3 eram Enfermeiros de Cuidados Gerais, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Relativamente ao tempo de serviço nos CSP, constatou-se que este variou entre 4 e 29 anos, enquanto a totalidade de tempo de serviço destes profissionais, oscilou entre 14 e 30 anos. Verificou-se também, que apenas 2 profissionais apresentam formação na área da Família.

Participante	Sexo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de Serviço	Tempo de Serviço nos CSP	Formação na área da Família
P1	F.	52A	Enfermeiro de Cuidados Gerais	30A	4A	Não
P2	M.	52A	Enfermeiro de Cuidados Gerais	30A	17A	Não
P3	F.	50A	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	26A	25A	Sim
P4	F.	52A	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	30A	26A	Não
P5	F.	46A	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	24A	23A	Sim
P6	F.	50A	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	29A	29A	Não
P7	F.	40A	Enfermeiro de Cuidados Gerais	14A	5A	Não

Quadro 2 - Caracterização socioprofissional dos EFs da USF Rainha D. Tereza

4.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo empírico decorreu em duas fases (**Fase 1** e **Fase 2**), como referido anteriormente. De acordo com os procedimentos formais para recolha de dados (ponto 3.5.), parte dos dados recolhidos na fase 1, após prévia análise, foram apresentados aos EFs na fase 2 e alvo de reflexão por parte destes. Deste modo, os dados da fase 2 já contêm parte dos dados da fase 1, tendo ambos os participantes (utentes e EFs) apresentado o seu parecer sobre a temática em estudo.

Assim, a descrição e análise dos dados, a partir deste momento, é realizada em conjunto, não se fazendo diferenciação entre a fase 1 e fase 2.

No decurso das entrevistas individuais, os utentes manifestaram a sua opinião contextualizando as suas perspetivas sobre as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, bem como as suas expectativas relativas ao papel do EF, enquanto promotor da relação filial em famílias em estadios de ciclo vital envelhecido. No decurso da entrevista de grupo focal, os EFs demonstraram a sua perceção face às suas práticas promotoras da relação filial em idade adulta avançada. Os participantes do estudo através do seu parecer, contribuíram com sugestões para um exercício de ESF promotor da relação filial em idade adulta avançada. Deste modo, emergiu uma árvore

categorica com as seguintes dimensões: **“O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento”**, **“As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)”** e **“O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”** (Figura 3). Emergiu também, uma codificação livre designada **“Apreciação Pessoal”** (Figura 4).

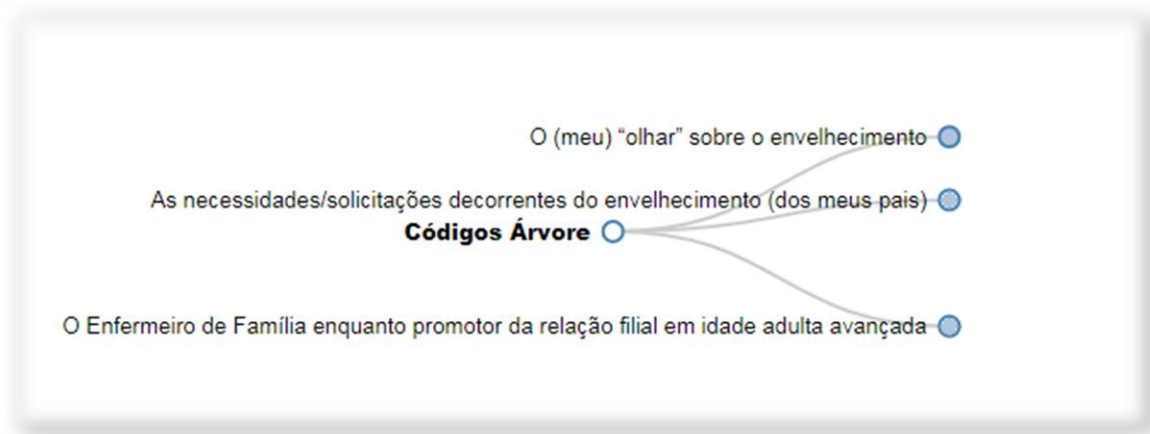


Figura 3 – Códigos Árvore webQDA®



Figura 4 – Códigos Livres webQDA®

Tendo como ponto de partida o objetivo específico do presente estudo relativo a “conhecer a perspetiva dos utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais”, considerou-se pertinente aceder à perceção destes utentes sobre o seu (próprio) significado de envelhecimento, por forma a compreender a sua perspetiva relativamente ao processo de envelhecimento dos seus pais, achando-se assim a dimensão do estudo que ficou designada por **“O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento”** (37UR) (Quadro 3). Desta dimensão emergiram as categorias **“O medo”**, **“As representações sociais”** e **“Um cenário longínquo”**.

A categoria **“O medo”** (6UR) representa o sentimento de inquietação e o receio que os utentes experimentam quando procuram perceber o que é para si o envelhecimento. As UR para esta categoria traduzem, por um lado, o evitar refletir sobre o envelhecimento por medo do que se poderá “encontrar” e, por outro, o envelhecimento sentido como uma perda progressiva que antecipa a perda final (a morte), gerando inquietação e receio quando se reflete sobre essa temática.

A categoria **“As representações sociais”** remete para a representação social que os utentes fazem relativamente ao envelhecimento, perspectivada a partir das suas experiências, das informações, saberes e formas de pensar, recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social (Neves, 2012). A representação social, genericamente, resulta da interação social (Veloz, Nascimento-Schulze, & Camargo, 1999) e segundo Wagner (as cited in Wachelke & Camargo, 2007) é entendida como um processo cognitivo, afetivo, avaliativo e simbólico sobre um determinado fenómeno social e partilhado por outros membros do grupo social. Ao considerar a representação social dos utentes sobre o fenómeno do envelhecimento, possibilitou-se a identificação de modos de pensar partilhados, identificando-se representações sociais, **“positivas”** e **“negativas”** (subcategorias), sobre o envelhecimento.

Assim, a representação social positiva teve como indicador **“Ganhos pessoais”** (6UR), correspondendo às atribuições positivas que os utentes deram ao envelhecimento. A representação social negativa, subdividiu-se nos indicadores **“Perda de saúde”**, **“Dependência”**, **“Isolamento”**, **“Inutilidade”**, **“Incapacidade”**, **“Resignação”**, **“Declínio físico e intelectual”** e **“Tristeza”**, remetendo para as atribuições negativas que os utentes deram ao envelhecimento. Esta subcategoria, com os respetivos indicadores foi a que apresentou maior número de registos significativos (23UR), no âmbito da dimensão aqui apresentada, permitindo constatar que para este grupo de utentes, predomina uma representação social sobre o envelhecimento, com conotação negativa.

A categoria **“Um cenário longínquo”** (2UR) refere-se à perceção de um utente sobre o envelhecimento, encarando-o como um panorama ainda distante. Este dado, foi considerado relevante para o estudo, como forma de destacar uma visão que poderá ser comum a outros indivíduos da mesma faixa etária dos utentes deste estudo.

Dimensão: O (MEU) “OLHAR” SOBRE O ENVELHECIMENTO					
Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	F(a) UR	
O medo (E1, E4)			<i>“Para mim envelhecer ((...)) é o aproximar do fim (...) e isso assusta-me muito!” (E4)</i>	6	
Total categoria				6	
As representações sociais	Positivas	Ganhos pessoais (E2, E6, E8)	<i>“Envelhecer acho que nos traz sabedoria, traz-nos a experiência, traz-nos ((...)) muitas coisas.” (E2)</i>	6	
	Total subcategoria				6
	Negativas	Perda de saúde (E1, E3, E6, E8, E9)	<i>“Se calhar inda não tive grandes doenças, grandes coisas que dissesse: “olha estou a ficar velha porque apareceu-me isto, apareceu-me aquilo, estou assim, estou assado (...).” (E1)</i>	8	
		Dependência (E2, E3, E4, E5)	<i>“Falta de autonomia, tar sempre a precisar de ser tratado por outras pessoas.” (E4)</i>	4	
		Isolamento (E4)	<i>“Não saírem tanto de casa, não conviverem tanto uns com os outros ((...)) isolam-se mais.” (E4)</i>	2	
		Inutilidade (E4)	<i>“Pensam que andam cá, mas já não fazem falta nenhuma.” (E4)</i>	1	
		Incapacidade (E3, E9)	<i>“Eu acho que deixam de por vezes (...) uma parte talvez, deixa de fazer aquilo que fazia antigamente porque muda ((...)) queremos fazer as coisas e não as podemos fazer.” (E3)</i>	3	
		Resignação (E10)	<i>“Eu acho que no meu entender, a velhice não é ficar bloqueado para alguma coisa, é não querer fazer alguma coisa ((...)) é não ter aquela motivação de conseguir seguir em frente (...) por exemplo, dizer “não me apetece descer as escadas, já estou velho para isso” muitas vezes há estas palavras (...) eu acho que isto é que é envelhecer, é o desistir ou ficar muito conformado com a situação.” (E10)</i>	1	
		Declínio físico e intelectual (E5)	<i>“O envelhecimento é quando a pessoa começa a perder algumas capacidades ((...)) em termos intelectuais, físicos.” (E5)</i>	1	
		Tristeza (E3, E4)	<i>“Para mim envelhecer é uma coisa triste (...).” (E4)</i>	3	
Total subcategoria				23	
Total categoria				29	
Um cenário longínquo (E9)			<i>“Envelhecimento são coisas que a gente às vezes nunca pensa chegar ((...)) a gente pensa que chegamos mais tarde a velhos.” (E9)</i>	2	
Total categoria				2	
Total dimensão				37	

Quadro 3 - Análise de conteúdo da dimensão: O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento

Emergiu igualmente, dos discursos dos utentes (filhos adultos na meia-idade), a dimensão **“As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)”** (83UR) (Quadro 4), reportando-se à perspetiva do processo de envelhecimento dos seus pais, perspetivando aquelas que serão as necessidades¹ e/ou solicitações² que estes esperam vir a ter decorrentes do mesmo. É sabido que “as solicitações e exigências serão muitas e diversificadas, desde as questões mais simples da logística quotidiana, às decisões mais complexas em relação ao futuro” (Núncio & Rocha, 2019, p. 10). Assim, esta dimensão traduz a reflexão dos filhos, numa perspetiva futura, relativamente à forma como encaram o envelhecimento dos seus pais, como se integram nesse processo e como o discutem em família – de onde emergiram as categorias **“Como perspetivam”**, **“Como expectam responder no futuro”** e **“Como têm vindo a refletir sobre este tema em Família”**.

A categoria **“Como perspetivam”**, subdividiu-se nas subcategorias **“A negação”** e **“Cenários futuros”**.

A subcategoria **“A negação”** remete para a dificuldade que os filhos têm em encarar o envelhecimento dos seus pais, subdividindo-se nos indicadores: **“Resistência em aceitar o envelhecimento”** (4UR), **“Os Pais Não São Velhos”** (8UR) e **“Adiar o reconhecimento dos sinais”** (5UR). O primeiro indicador refere-se à perceção dos filhos de que, embora reconheçam tratar-se de uma realidade que se tem vindo a instalar gradualmente, resistem em pensar e aceitar o processo de envelhecimento dos seus pais. O segundo indicador resultou do facto de os filhos, sustentando-se na idade dos seus pais, de estarem ativos e sem problemas significativos de saúde, não reconhecerem o envelhecimento enquanto processo natural, marcado por uma progressiva revelação, ao longo do tempo, de sintomas e sinais característicos. O terceiro indicador refere-se à perceção dos filhos de que, no momento atual, não sentem necessidade de perspetivar o envelhecimento dos pais; necessidade essa sentida apenas quando se tornarem mais evidentes os sinais desse envelhecimento e que se traduzam em algum grau de dependência. Esta atitude conduz a um adiar do reconhecimento dos sinais (ainda que subtis) que revelem que os pais poderão precisar de apoio e, conseqüentemente, compromete a qualidade da vivência, de pais e filhos, das etapas seguintes.

¹ “Necessidade” - carácter do que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível (Porto Editora, 2020)

² “Solicitação” - ato ou efeito de solicitar; pedido; súplica (Porto Editora, 2020)

A subcategoria **“Cenários futuros”** traduz as necessidades/solicitações e preocupações manifestadas pelos filhos quando estes perspetivaram o envelhecimento dos seus pais, prevendo uma realidade futura. Assim, esta subcategoria subdividiu-se em 6 indicadores: (i) **“Dependência”** (7UR), que se refere à perspetiva de algum grau de dependência nos pais, com realce para a preocupação maior com a dependência em grau elevado (pais acamados); (ii) **“Sobrecarga”** (2UR), que se refere à preocupação expressa por uma utente face à necessidade de cuidados futuros aos pais (divorciados) e não contando com o apoio do irmão (que não se relaciona com a família), a mesma prevê um cenário de sobrecarga e tensão para si; (iii) **“Sofrimento”** (2UR), que se refere à preocupação com o sofrimento físico e psicológico que o envelhecimento possa acarretar para os pais; (iv) **“Conflito familiar”** (2UR), entre pais e filhos, decorrente da necessidade dos filhos terem de cuidar dos pais; (v) **“Perda dos progenitores”** (2UR), referente à preocupação expressa por uma utente quanto ao aproximar do fim e deixar de ter os seus pais na sua vida; e (vi) **“Morte do cônjuge/Viuvez”** (2UR), referente à preocupação expressa por um utente quanto à perda de um progenitor, o impacto que causará no outro e a capacidade de adaptação do mesmo para prosseguir a sua vida.

A categoria **“Como expectam responder no futuro”** refere-se à perspetiva dos filhos quanto ao seu envolvimento no processo de envelhecimento dos seus pais, de acordo com a evolução expectável das necessidades/solicitações dos mesmos. Esta categoria contempla a subcategoria **“Intervenção autónoma”** (23UR), que corresponde à perspetiva dos filhos que antevêm aquele que será o seu papel no processo de envelhecimento dos seus pais e que permitiu identificar 5 indicadores: **“Olhar para os sinais”**, **“Apoiar”**, **“Dar disponibilidade”**, **“Levar os pais para sua casa”** e **“Retribuir”**. Contempla também, a subcategoria **“Intervenção com apoio externo”** (3UR), que corresponde à perspetiva dos filhos que, atendendo ao seu ritmo de vida (trabalho excessivo e por turnos, stresse, agitação), consideram não serem capazes de sozinhos, corresponder às exigências dos seus pais, perspetivando a necessidade de recorrer a um apoio externo à família para colmatar essa dificuldade.

A categoria **“Como têm vindo a refletir sobre este tema em Família”** traduz a perceção dos filhos quanto à reflexão que estabelecem no seio familiar, relativamente ao processo de envelhecimento dos seus pais e sobre medidas a adotar perante alterações na dinâmica familiar, decorrentes do envelhecimento. Esta categoria integra as subcategorias **“Um tema nunca “falado””** (11UR) e **“Um tema adiado (até surgir uma crise)”** (10UR). De acordo com os filhos, estes assuntos não são discutidos entre os elementos familiares (pais, filhos, irmãos), optando-se por adiá-los até que ocorra uma

crise³ no seio familiar. Integra também, a subcategoria “**Um tema já “falado”**”, com o indicador “**Alterações na dinâmica familiar**” (2UR) e refere-se a uma utente cujo pai já manifestou a vontade de, no futuro, ir para um lar, e a outra utente que já conversou com a mãe (a viver no estrangeiro) e com a irmã, no sentido de a trazerem para junto de si, quando se revelar necessário. Apesar dos achados desta subcategoria, verifica-se, no grupo de filhos entrevistados, uma lacuna substancial relativamente à reflexão em família sobre o envelhecimento e as suas consequências.

Dimensão: AS NECESSIDADES/SOLICITAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO (DOS MEUS PAIS)					
Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidades de Registo Exemplificativas	F(a) UR	
Como perspetivam	A negação	Resistência em aceitar o envelhecimento (E2, E4, E6)	“Sei que poderá estar perto (...) mas eu não quero pensar nisso!” (E4)	4	
		“Os Pais Não São Velhos” (E1, E3, E5, E6)	“Os meus pais (...) o meu pai tem 70 anos e a minha mãe 65, não são novos, mas para mim também ainda não são velhos ((...)) neste momento, eu não os acho velhos.” (E3)	8	
		Adiar o reconhecimento dos sinais (E2, E5, E6, E7)	“((...)) sei que estão a ficar velhinhos ((...)) eu sei que os meus pais estão a ficar velhos, mas ainda não tinha parado para pensar como é que vai ser propriamente, como é que vamos agir.” (E7)	5	
	Total subcategoria				17
	Cenários futuros	Dependência (E1, E3, E6, E7, E9)	“((...)) depois vem as consultas, ((...)) os cuidados de higiene, é ter os cuidados com a medicação, ((...)) são pessoas que a probabilidade é terem com mais necessidade de tudo, não é só de atenção, mas de tudo.” (E3)	7	
		Sobrecarga (E2)	“Se eles precisarem de cuidados os dois, como é que eu vou cuidar de dois, [pais divorciados] ao mesmo tempo. Como é que eu vou fazer? O meu irmão não quer saber ((...)) não sei como vamos fazer um dia, mas vai sobrar para mim.” (E2)	2	
		Sufrimento (E3, E10)	“O que me preocupa é o sofrimento dos dois [voz tremula] da minha mãe, aquele sofrimento interior [voz tremula], o sofrimento psicológico	2	

³ Crise - alteração repentina no estado de saúde de alguém aparentemente saudável ou agravamento súbito de uma doença crónica; manifestação súbita e intensa de natureza emocional ou nervosa (Porto Editora, 2020)

			(...) e o sofrimento de dor mesmo, porque a neuropatia diabética da minha mãe também veio pô-la muito em baixo [chorosa]" (E3)	
		Conflito familiar (E3, E8)	"Eu tenho uma mulher em casa (...) é uma pessoa com um feitio complicado, mas que tem um coração do tamanho do mundo e se tivermos que ficar com os meus pais em minha casa, não há problema algum (...) tenho medo é da reação dos meus pais porque são pessoas que foram independentes a vida inteira e depois estar a viver em casa com regras que eles nunca tiveram, poderá ser um pouco complicado (...) não pela minha mulher, mas sim pelos meus pais!" (E8)	2
		Perda dos progenitores (E4)	"É deixar de os ter um dia e já não puder pegar no telefone para falar com eles ou ir lá a casa e falar com eles." (E4)	2
		Morte do cônjuge/Viuvez (E10)	"Aquilo que me preocupa mais é (...) como é que eles vão lidar quando sentirem a ausência de um (...) são os dois tão dependentes um do outro ((...)) quando houver a ausência de um como vai o outro lidar, acho que para mim esse é o maior problema que eu penso que vai ser no futuro." (E10)	2
		Total subcategoria		17
		Total categoria		34
Como expectam responder no futuro	Intervenção autónoma	Olhar para os sinais (E3)	"Estarmos mais atentos ((...)) mais atentos." (E3)	1
		Apoiar (E1, E3, E4, E5, E6, E9, E10)	"Dar-lhe mais apoio naquilo que ela precisar." (E5)	7
		Dar disponibilidade (E1, E3, E4, E5, E10)	"Se eles precisarem de ajuda, eu e a minha irmã vamos estar sempre disponíveis para o que eles precisarem ((...)) nós vamos estar sempre disponíveis." (E4)	6
		Levar os pais para sua casa (E3, E6)	"Tanto os meus pais como os meus sogros, só se eu não puder mesmo não os ter na minha casa ((...)) eu acho que eu nunca vou meter os meus pais num lar. Nunca, por muito aborrecidos que eles sejam connosco, implicativos (...) eu vou preferir ter os meus pais na minha casa comigo." (E3)	5
		Retribuir (E3, E4, E8, E9)	"Até agora ou até uns anos atrás foram os nossos pais que nos acompanharam, que nos ajudaram a levantar, a erguer, agora são eles que estão a ir abaixo, temos que estar aqui para ajudar." (E3)	4
		Total subcategoria		23
	Intervenção com apoio externo (E7,		"((...)) com o ritmo de vida que temos, será muito difícil conseguirmos sozinhos, sem o	3

	E8)		<i>apoio externo – uma enfermeira ou, eventualmente, estar num lar durante o dia e estar connosco à noite, qualquer coisa assim do género – nós não vamos conseguir!” (E8)</i>	
	Total subcategoria			3
Total categoria				26
Como têm vindo a refletir sobre este tema em Família	Um tema nunca “falado” (E1, E4, E5, E8, E9, E10)		<i>“Ninguém fala, ninguém toca no assunto, nem nós como filhos entre filhos, nem com eles ((...)) nunca ninguém me perguntou <quando eu ficar acamada ou o teu pai ficar acamado, como vai ser?>” (E1)</i>	11
	Total subcategoria			11
	Um tema adiado (até surgir uma crise) (E1, E4, E7, E10)		<i>“Eu não sinto essa necessidade de pensar muito à frente, prefiro viver o dia a dia e atuar mediante as dificuldades que vierem a aparecer ((...)) não pensamos nisso, não é algo que nós [irmãos] nos preocupemos ou tentemos fazer ((...)) não sei exatamente quando é que se vai dar essa mudança entre nós, provavelmente será quando acontecer uma pequena coisa que nos desperte algum trigger.” (E10)</i>	10
	Total subcategoria			10
	Um tema já “falado”	Alterações na dinâmica familiar (E3, E6)	<i>“Já falei com a minha mãe [mãe no Brasil] ((...)) e já falei com a minha irmã também [irmã na França], se for preciso ela fica lá na França ou fica aqui [Portugal] e já falei <sozinha a senhora não fica lá não [Brasil]>.” (E6)</i>	2
Total subcategoria			2	
Total categoria				23
Total dimensão				83

Quadro 4 - Análise de conteúdo da dimensão: As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)

Outra dimensão identificada foi **“O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”** (71UR) (Quadro 5). Esta reporta-se à perceção dos utentes relativamente ao papel do EF na preparação dos filhos para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais, bem como à perceção dos EFs sobre as suas práticas. Esta dimensão contempla, também, sugestões para uma prática futura de ESF promotora da relação filial dirigida a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido. Desta dimensão emergiram as categorias **“A perceção dos filhos na meia-idade (utentes)”** e **“A perceção dos enfermeiros de família (sobre as suas práticas)”**.

A categoria **“A percepção dos filhos na meia-idade (utentes)”** subdividiu-se nas subcategorias **“Perspetiva da atualidade”** e **“A expectativa”**.

Após a conclusão das entrevistas, verificou-se unanimidade entre os utentes, onde todos consideraram que o seu EF os poderia ajudar a prepararem-se para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais, referindo os motivos pelos quais tinham esta percepção. Assim, surgiu a subcategoria **“Perspetiva da atualidade”** com os indicadores **“Exíquo na sua intervenção”** (5UR) e **“Profissional experiente e facilitador do processo de envelhecimento familiar”** (13UR). O primeiro indicador refere-se à percepção dos utentes que consideraram que, atualmente, a abordagem por parte do EF no sentido de os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais, é praticamente nula. O segundo indicador parte da perspetiva dos utentes de que há filhos não despertados para o processo de envelhecimento dos pais, filhos sem coragem para abordar esta temática junto dos pais e pais que, quando abordados pelos filhos, podem omitir aquilo que pensam ou descredibilizar a abordagem que os filhos lhe façam. Com base nestes motivos, na percepção dos utentes, o EF é considerado como um elemento externo à família e, conseqüentemente, terá uma maior imparcialidade na abordagem desta temática, constituindo-se assim, um facilitador do processo de envelhecimento em família. Por outro lado, os utentes consideraram o EF como um profissional experiente, conhecendo, acompanhando e apoiando as famílias ao longo do seu ciclo vital, promovendo a sua saúde.

A subcategoria **“A expectativa”** surgiu da percepção dos utentes quanto a medidas/sugestões que consideram importantes e necessárias para um exercício de ESF promotor da relação filial, em famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido. Esta subcategoria teve 3 indicadores associados. O indicador **“Promover o Enfermeiro de Família”** (1UR) resulta da sugestão de um utente em dar a conhecer o EF aos seus utentes, para que possam conhecer a abrangência do seu trabalho e assim, se promova uma maior parceria de cuidados entre o EF e as respetivas famílias. O indicador **“Transmitir informação/ensinos”** (17UR) foi o que obteve maior número de UR, demonstrando a sua importância na ótica dos utentes. Para estes, seria pertinente o EF transmitir conhecimento relativo às características do processo de envelhecimento e a patologias a ele associadas, que se traduzirão em limitações no futuro, de forma a estarem mais despertados e melhor preparados para a realidade futura. Na perspetiva dos utentes e como forma de operacionalizar a transmissão de informação/ensinos, foi sugerido: (i) criação de um gabinete sénior; (ii) implementação de uma consulta temática familiar, a envolver todos os filhos e, posteriormente, a incluir os pais; e (iii) utilização das

consultas de rotina/tratamentos a idosos, onde se verifique que estes não estão a ter um apoio/accompanhamento por parte dos seus filhos, como alerta para o EF destacar esta família para ser intervencionada no âmbito desta temática. O indicador **“Realizar formação”** (6UR) resulta da sugestão de alguns utentes em realizar-se formação através de palestras/reuniões em grupo, a envolver outras famílias que se encontrem na mesma etapa do ciclo vital familiar. Importa destacar ainda que se obtiveram discursos variáveis quanto à periodicidade da transmissão de informação/ensinos e da frequência de realização de formação: semanal, mensal, 2 em 2 meses, 3 em 3 meses, 2 a 3 vezes no ano e 2 em 2 anos.

A categoria **“A percepção dos enfermeiros de família (sobre as suas práticas)”** subdividiu-se nas subcategorias **“Cuidados antecipatórios inexistentes”** e **“Sugestões para uma prática futura promotora da relação filial”**.

A subcategoria **“Cuidados antecipatórios inexistentes”** (19UR) refere-se à percepção dos EFs da não realização de cuidados antecipatórios⁴ no âmbito da promoção da saúde familiar, concretamente, no que se referem à promoção da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido. Através da entrevista de grupo focal, onde se promoveu a interação, discussão e reflexão entre os EFs, estes apresentaram os motivos pelos quais entenderam não realizar cuidados antecipatórios. Estes motivos, depois de analisados, constituíram-se os indicadores da subcategoria apresentada e são eles: (i) **“Desatenção”** que remete para a percepção dos EFs de que não estão despertos para abordar a temática do envelhecimento na família, de forma preventiva, reconhecendo que o fazem apenas mediante um problema real; (ii) **“Ceticismo”** que se refere aos EFs que demonstraram dúvida quanto à praticabilidade de prepararem os filhos na meia-idade, antecipadamente, para o processo de envelhecimento dos seus pais; (iii) **“Crenças e valores pessoais”** que remete para o facto de um EF ter feito a análise do tema debatido, separando o enfermeiro-profissional, do enfermeiro-indivíduo, indivíduo este envolto em concepções, crenças e valores próprios; (iv) **“Resistência à mudança”** que se refere à percepção de um EF relativamente à resistência que os profissionais de saúde demonstram perante práticas inovadoras; e (v) **“Utentes “peculiares””** que remete para a percepção dos EFs de que os utentes na meia-idade pertencem a um grupo de pessoas pouco frequentadoras da USF.

⁴ Cuidados antecipatórios - cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas do doente tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006, p. 18)

A subcategoria “**Sugestões para uma prática futura promotora da relação filial**” (10UR) representa as sugestões apresentadas pelos EFs e que incluíram “**Sessões em grupo**”, “**Consulta de enfermagem estruturada**” e “**Consulta de enfermagem oportunista**”, tendo-se constituído os indicadores desta subcategoria.

Dimensão: O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO PROMOTOR DA RELAÇÃO FILIAL EM IDADE ADULTA AVANÇADA				
Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidades de Registo Exemplificativas	F(a) UR
A perceção dos filhos na meia-idade (utentes)	Perspetiva da atualidade	Exíguo na sua intervenção (E1, E2, E3, E7, E10)	“O enfermeiro acho que não tem essa iniciativa tão grande para com os de mais idade, do que para com os mais novos, acho que há mais essa tendência do enfermeiro falar sobre crianças do que falar sobre <Então já pensou como vão lidar com os seus pais daqui a uns dias?> ((...)) acho que em termos de informar com antecedência, se calhar há um bocadinho de falta.” (E10)	5
		Profissional experiente e facilitador do processo de envelhecimento familiar (E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10)	“[o enfermeiro] tem mais histórias, em apoiar diferentes situações, tendo essa vivência tanto com bebés como com pessoas mais idosas, acho que são uma das pessoas que mais pode informar os filhos nesta situação.” (E10) “Eu acho que poderia ajudar porque nós, por vezes, ouvimos mais os de fora, do que os de dentro ((...)) o enfermeiro de família, para além de ter formação, para além de estar informado e de estar formado, é uma pessoa que é externa à família e vê as coisas de forma lógica, quando nós vemos mais pelo coração, eles vêm mais pela razão.” (E8)	13
	Total subcategoria			18
	A expectativa	Promover o “Enfermeiro de Família” (E10)	“Uma medida que poderia ser útil, era promover o enfermeiro de família porque o relacionamento entre o enfermeiro e as famílias que apoiava, tornava-se um bocadinho mais informal e acho quando as coisas se tornam mais informais é mais fácil passar a informação do que seja algo mais forçado, mais institucional.” (E10)	1

		<p>Transmitir informação/ensinos (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E10)</p>	<p><i>“Nem que seja nos dar opiniões e saber como interagir com a pessoa idosa, dizer o que cada idoso vai passar nas suas fases, para nós estarmos a contar porque nós não temos noção como é que uma pessoa age ou a necessidade que precisa aos 60, 70, 80 90 (...) conforme temos um gabinete infantil porque não ter um gabinete sénior?” (E2)</i></p> <p><i>“Começando-nos a dar uns conselhos e informar do que vai acontecendo de ano para ano e o que traz o envelhecimento, também para termos uma noção de como temos que lidar nessas etapas ((...)) tanto o facto de vir cá a uma consulta normal e introduzirem esse tema, acho que é bom, mas se fosse só dirigido a esse tema, seria ainda melhor! Até se pudesse trazer, por exemplo, no meu caso somos 4 irmãos, viéssemos os 4 e ter essa entrevista todos, para ter conhecimento do que fazer daqui para a frente, para todos eles terem noção do que vai acontecer (...) acho que era muito bom! ((...))” (E5)</i></p> <p><i>“((...)) como há, por exemplo, para crianças as consultas familiares, eventualmente haver consultas para famílias, com idosos. ((...)) se calhar 2-3 vezes por ano, pelo menos haver um acompanhamento <como é que está? Precisa do nosso apoio?> É que muitas vezes, nós também filhos e nós também pais, não sabemos o que é que o próprio país nos pode oferecer, há coisas que nós também não sabemos e poderá ser importante ter alguém que nos diga.” (E8)</i></p>	17
		<p>Realizar formação (E4, E6, E7, E9)</p>	<p><i>“((...)) até podia haver palestras sobre este assunto! ((...)) aqui não tem condições, mas poderia a câmara disponibilizar um sítio ((...)) um dia por mês e, reuniamo-nos lá e falar acerca deste assunto, alertar-nos para este assunto, que é muito importante!” (E4)</i></p> <p><i>“Eu diria mais assim tipo uma sala de reuniões com x filhos interessados, 20,30 pessoas não mais e explicar sinais do que</i></p>	6

			<i>aparece mais no dia-a-dia, um ou outro sinal que é errado, mas que vão aparecendo, explicar assim essas questões, essas situações e depois, também, ter um bocadinho de tempo para ouvir perguntas.” (E7)</i>	
Total subcategoria				24
Total categoria				42
A percepção dos enfermeiros de família (sobre as suas práticas)	Cuidados antecipatórios inexistentes	Desatenção (P1, P2, P3, P5)	<p><i>“Não estou desperta ((...)) eu achava que não se justificava, ou que não era importante ((...)) preventivamente, eu não abordo! Perante o problema real, sim, aí abordamos, tentamos arranjar estratégias.” (P1)</i></p> <p><i>“É uma necessidade que não é vivida antes de chegar a situação (...) nem pensamos nisso, não é? Eu penso que a grande maioria não pensa!” (P2)</i></p> <p><i>“A nossa intervenção muitas vezes é já quando existe o problema!! Quando está tudo a funcionar, geralmente o enfermeiro nem pensa nisso!” (P3)</i></p>	8
		Ceticismo (P3, P6, P7)	<p><i>“((...)) eu acho isso muito difícil! ((...)) então e o que é que nós vamos falar aos filhos?” (P3)</i></p> <p><i>“Mas também te vão logo responder que não é agora que estão a precisar, portanto, porque vão estar a pensar, numa coisa que pode ser tão diferente (...) porque podem precisar de cuidados específicos ou não! [Moderadora: mas não pensemos no facto de ficarem dependentes, mas no passar de anos e no tipo de apoio que os filhos deram no acompanhamento dos seus pais e no papel do enfermeiro de família] não sei até que ponto nós vamos conseguir fazer isso!” (P7)</i></p>	6
		Crenças e valores pessoais (P4)	<p><i>“Nós ainda não estamos preparados para abordar dessa maneira [antecipar as características do envelhecimento na família] porquê? Lá está...porque também tem a ver com a nossa construção, não é? (...) é normal os pais cuidarem dos filhos, não é normal os filhos cuidarem dos pais, aqui quando digo normal, é entre aspas...nós próprios não estamos preparados para isso!” (P4)</i></p>	1

	Resistência à mudança (P2)	<i>"((...)) há um ponto que é a resistência dos próprios profissionais! ((...)) isto traz uma coisa nova e o pessoal também é resistente à mudança!" (P2)</i>	1
	Utentes "peculiares" (P2, P5, P6)	<i>"É assim, também não temos grande contacto com essas pessoas (...) só vêm quando necessitam dos serviços!" (P6)</i>	3
Total subcategoria			19
Sugestões para uma prática futura promotora da relação filial	Sessões em grupo (P5)	<i>"Fazermos umas sessões de vez em quando, dirigidas à população desta idade, convidá-los a participar, em grupos, em conversas e falarmos sobre estes temas...talvez fosse interessante!" (P5)</i>	1
	Consulta de enfermagem estruturada (P1, P2, P5, P6)	<i>"Se falarmos só aqui da nossa realidade, eu penso que só com uma consulta estruturada porque de uma forma informal, não vamos lá ((...)) pode ser "consulta da família" (P2)</i> <i>"((...)) era importante a criação deste tipo de consulta. Eu acho! A periodicidade até poderia ser anual e podia ser uma consulta dirigida, inicialmente, aos pais e aos filhos! Todos juntos, na mesma consulta!" (P5)</i>	6
	Consulta de enfermagem oportunista (P4)	<i>"((...)) aproveitar quando vêm às consultas de planeamento ou por outra razão qualquer e abordar esse tema com eles, e daí partir então para o resto e se for preciso, marcar mesmo uma consulta com eles." (P4)</i>	3
Total subcategoria			10
Total categoria			29
Total dimensão			71

Quadro 5 - Análise de conteúdo da dimensão: O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada

Para além da codificação em árvore anteriormente apresentada, foi criada uma codificação livre designada **"Apreciação Pessoal"** (12UR). Esta integra a análise feita pelos utentes e EF(s), quando lhes foi dada liberdade em abordar aspetos que considerassem relevantes no contexto da entrevista, tendo sido referida a pertinência e importância do tema do estudo. Os participantes referiram que nunca tinham pensado neste tema, revelando falta de consciência sobre o mesmo e reconhecendo que através da entrevista, sentiram-se alertados e motivados para repensar a vivência do envelhecimento em família. Selecionaram-se as seguintes UR exemplificativas:

“((...)) ainda não pensei muito além (...) o que poderá acontecer e o que irei fazer, mas está-me a alertar para uma situação muito importante! ((...)) não pensei, mas (...) está a fazer com que eu pense!” (E4)

“((...)) gostei! Gostei desta entrevista (...) vou levar comigo, fez-me pensar um bocado também, são boas iniciativas, sinceramente acho que valem a pena!” (E10)

“[moderadora: nós enquanto enfermeiros, enquanto pessoas, mesmo que tivéssemos as condições todas, estamos despertos para esta temática?] Ainda não!!! São estas reflexões, estes trabalhos que se fazem, que nos fazem pensar e nos fazem evoluir! ((...)) Fazer-nos pensar! ((...)) tu deixaste a semente aqui ((...)) eu falo por mim, a semente!” (P1)

“É assim, as coisas têm de ser faladas e é daí que surgem as soluções, não é? E é obrigar-nos a pensar nisso! Se não fizermos esse exercício, se calhar não chegamos lá!” (P4)

A categorização dos dados anteriormente apresentada, encontra-se passível de consulta sob a forma de codificação webQDA®, no Apêndice VII.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise de conteúdo efetuada às referências discursivas dos sujeitos participantes, resultou uma árvore categórica constituída pelas dimensões: **“O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento”**; **“As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)”**; e **“O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”** e, ainda, a codificação livre com a designação **“Apreciação Pessoal”**.

A discussão será efetuada na visão dos participantes [utentes (filhos adultos na meia-idade) e enfermeiros de família] e descrita de acordo com os achados mais relevantes.

5.1. O (MEU) “OLHAR” SOBRE O ENVELHECIMENTO



Figura 5 - Codificação em árvore da dimensão: O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento

Quando pretendido conhecer o significado atribuído pelos filhos participantes ao conceito “Envelhecimento” emergiu a dimensão “O (meu) “olhar” sobre o envelhecimento”, sendo que na sua perspetiva este se identificou com representações sociais, positivas e negativas, sobre o envelhecimento.

Segundo Jodelet (2005), as representações sociais são formas organizadas de conhecimento do senso comum que orientam os indivíduos nas suas ações, na medida que estes, elaboram explicações sobre os objetos socialmente relevantes, o que os ajuda a comunicar e a agir perante situações do seu quotidiano. Assim, as representações sociais expressam saberes, práticas e atitudes, permitindo explicar as diversas formas com que os indivíduos lidam com os objetos e, tal como é referido por Cruz e Ferreira (2011), a velhice e o velho, são objetos socialmente relevantes e, portanto, sujeitos a representações sociais, principalmente para os familiares que se veem perante a situação de lidar com a pessoa idosa dependente de cuidados.

Estes últimos investigadores (Cruz & Ferreira, 2011) realizaram um estudo onde um dos objetivos foi conhecer as representações sociais da velhice por familiares de idosos hospitalizados em instituição de longa permanência. Neste estudo os participantes tinham uma vivência com o seu familiar idoso, marcada pela doença e dependência do mesmo. Cruz e Ferreira (2011) realçam que, como a representação social se configura a partir da experiência vivida de cada indivíduo, a representação social da velhice nesse grupo em estudo, foi marcada por essa realidade (vivência com idosos doentes, debilitados, dependentes). Os mesmos investigadores (2011, p. 146) reconhecem que o mesmo estudo aplicado a outro grupo que apresentasse uma vivência da velhice diferente, poderia gerar outras respostas. No entanto, ressaltaram um aspeto importante:

(...) ainda que se tenha claro que as RS [representações sociais] se constroem à luz dos grupos sociais, e mesmo que a pessoa não vivencie na família uma determinada situação, participa de discussões, conversas e comenta os assuntos veiculados pela mídia sobre os mais variados objetos, no caso em questão, a velhice. A partir daí, vai agregando os elementos da experiência vivida na vida privada e no âmbito social, reunindo informações, opiniões e os sentidos sociais que as outras pessoas com as quais convive comunicam. Tudo isso, em conjunto, constrói as RSs.

As representações sociais são muito importantes para a compreensão de uma população e dos seus comportamentos, porque a forma como se vê o outro pode influenciar o modo como nos comportamos com o mesmo; atitudes positivas ou negativas perante o idoso, determinam a relação que se tem com ele (Castro, 2007; Neves, 2012).

Assim, apesar dos participantes no presente estudo – adultos na meia-idade com os dois pais autónomos – não se encontrarem ainda a vivenciar aqueles que poderão ser considerados os possíveis marcos de declaração do envelhecimento (propriamente dito), as representações sociais por eles manifestadas, são igualmente válidas e fundamentais para compreender o seu “olhar” sobre o envelhecimento e, conseqüentemente, as suas interações pessoais e sociais futuras com pais envelhecidos.

Da análise global das narrativas foi possível verificar predominância de uma representação social negativa sobre o envelhecimento. Segundo os participantes, o Envelhecimento foi representado como uma perda de saúde, dependência, isolamento, inutilidade, incapacidade, resignação, declínio físico e intelectual e tristeza.

Este achado é concordante com os resultados obtidos no estudo de A. P. F. Ribeiro (2007), realizado com adultos cuja média de idade se situou em 42 anos e que teve por objetivo conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento emergentes nos profissionais que trabalham com idosos, onde se verificou predomínio das imagens negativas e menor número de sujeitos com imagens positivas. Também no estudo de Cruz e Ferreira (2011), que teve participantes com idades compreendidas entre 22 e 67 anos (predominando a faixa etária de 41 a 50 anos), se verificou que as representações sociais sobre a velhice a relacionam a uma fase de perdas (perda dos amigos, da força produtiva, da saúde e da beleza), conferindo-lhe uma conotação negativa. Na mesma linha de concordância, o estudo de Daniel, Antunes, e Amaral (2015) que analisou as representações da velhice a partir de uma amostra de pessoas idosas e de cuidadores/as formais (média de idades, 42 anos), teve como resultados a associação da velhice, em ambos os grupos investigados, a atributos de cariz negativo, nomeadamente, tristeza, solidão, doença e dependência.

Mas, conforme foi dado a conhecer, nem todas as representações sociais encontradas no presente estudo adotaram esta índole negativa. Também se encontram representações sociais positivas, por parte dos participantes, sobre o envelhecimento, embora com menor expressão. Os participantes consideraram o envelhecimento como representativo de ganhos pessoais (sabedoria e experiência).

A. P. F. Ribeiro (2007), através de uma revisão da literatura, sistematizou as imagens mais comuns da velhice e do envelhecimento, verificando-se não só o predomínio de imagens negativas, associadas ao declínio, mas igualmente imagens positivas a si associadas tais como a serenidade, a sabedoria e experiência de vida, o que vem ao encontro dos achados do presente estudo.

Ainda relativamente a esta dimensão, quando os participantes refletiram sobre o que é para si o envelhecimento, manifestaram um sentimento de inquietação e de receio, o que permitiu categorizar o envelhecimento como “o medo”. Este resultado também se evidenciou no estudo de Cruz e Ferreira (2011), tendo estes investigadores defendido que o medo da morte, o temor pelo fim da vida, ligados à imagem da velhice, faz com que as pessoas se afastem do idoso, tentando assim, afastar também, a velhice e a morte, podendo precipitar o abandono e o isolamento do idoso. Nesta linha de pensamento, os achados do presente estudo, poderão levar a supor que os participantes incorram nestas mesmas atitudes.

Mediante o exposto na discussão desta dimensão, prevalece um olhar negativo, de inquietação e de receio, por parte dos utentes, sobre o envelhecimento. Este olhar pode ter um impacto, também ele negativo, na vida dos utentes e de quem os rodeia. Assim, é importante que o EF, tendo em conta a sua proximidade com os utentes e as respetivas famílias, otimize a sua prática, contribuindo para a promoção de um olhar mais favorável sobre o envelhecimento.

5.2. AS NECESSIDADES/SOLICITAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO (DOS MEUS PAIS)

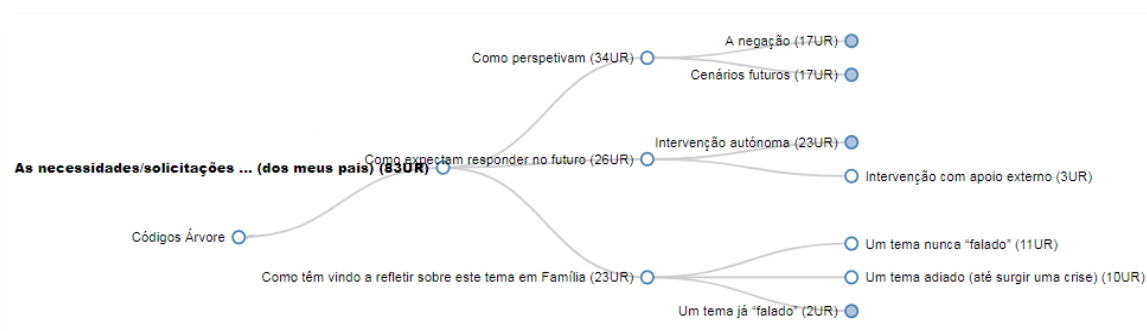


Figura 6 - Codificação em árvore da dimensão: As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)

A dimensão “*As necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento (dos meus pais)*” pretende dar resposta ao objetivo específico do presente estudo relativo a “conhecer a perspetiva dos utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais”. Esta dimensão resultou da reflexão dos filhos sobre o processo de envelhecimento dos seus pais, perspetivando as necessidades/solicitações e preocupações, decorrentes do mesmo (categoria “*Como perspetivam*”). Resultou também da reflexão dos utentes quanto ao seu envolvimento futuro nesse processo (“*Como expectam responder no futuro*”) e, ainda, reflete a perceção dos mesmos sobre o modo como analisam esta temática no seio familiar (“*Como têm vindo a refletir sobre este tema em Família*”).

Na perspetiva dos filhos, era-lhes difícil reconhecer o envelhecimento dos pais, o que determinou “*a negação*” daquilo que é óbvio - envelhecer enquanto realidade natural e inevitável. Por um lado, os achados demonstraram que estes se manifestavam relutantes em aceitar o envelhecimento dos pais; por outro lado, tendo em conta a idade dos pais, a sua autonomia e a ausência de doenças graves, não os conseguiam encarar como sendo

“velhos”, não sentindo a necessidade de reconhecer os sinais de envelhecimento dos pais, adiando-a para quando estes apresentarem algum grau de dependência, o que poderá comprometer a qualidade da vivência, de pais e filhos, no futuro.

Mediante o exposto, verificando-se uma tendência dos filhos em negar as evidências do envelhecimento dos pais, tornou-se mais perceptível a origem dos achados encontrados para a categoria “*Como têm vindo a refletir sobre este tema em Família*” e que se revelaram com maior expressão através de “*Um tema nunca “falado”*” e “*Um tema adiado (até surgir uma crise)*”. Os filhos afirmaram que os assuntos sobre o envelhecimento e as suas consequências, não eram temas abordados no seio familiar (pais, filhos, irmãos), optando por adiá-los até que ocorresse uma crise. Compreende-se, então, que se os filhos tendem em negar as evidências do envelhecimento dos pais, conseqüentemente, não tomam consciência, nem reconhecem a necessidade de debater esse tema no seio familiar. Esta evidência leva então a supor que a comunicação no seio familiar mais alargado e em estadio de ciclo vital envelhecido, poderá tornar-se mais afetada em termos de distanciamento, carecendo de uma intervenção de “reabilitação” sendo que para tal, o enfermeiro poderá fazer a diferença.

Os achados encontrados podem ser explicados “à luz” do conceito de *maturidade filial*. Este conceito, proposto por Blenkner (1965), permite compreender as alterações que ocorrem ao nível da natureza e da qualidade da relação entre pais envelhecidos e filhos adultos. Segundo a autora, a maioria dos indivíduos, entre os 40 e 50 anos, enfrenta uma crise filial quando se confronta com o envelhecimento dos pais e com o facto de estes deixarem, gradualmente, de ser uma fonte de proteção, de apoio e de suporte, passando a necessitar cada vez mais do apoio, cuidado e conforto dos filhos. Assim, os filhos têm de aprender a aceitar e a responder às necessidades dos pais, relacionadas com o aumento da dependência dos mesmos. A partir do momento em que os filhos são capazes de aceitar e perceber os pais como pessoas com limitações, necessidades e direitos, mas também com uma história passada, superam a crise filial e atingem a maturidade filial.

No presente estudo, como foi referido, os filhos tendem em negar as evidências do envelhecimento dos pais, não falando sobre este tema em família, optando por adiá-lo até que ocorra uma crise. Considerando que os filhos participantes tinham idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos e atendendo à conceptualização de Blenkner (1965) sobre a maturidade filial, leva a supor que estes se encontrem a enfrentar a crise filial, estando ainda no processo de desenvolvimento da maturidade filial.

Um estudo realizado por Hayes e Truglio-Londrigan (1985), cujo objetivo foi demonstrar o modo como enfermeiros podem avaliar e ajudar filhos de meia-idade na aquisição da maturidade filial, demonstrou que filhos que tinham alcançado maturidade filial apresentaram mais capacidade para lidar com mudanças, tanto ao nível da saúde, como ao nível comportamental que os pais apresentavam, revelando serem mais capazes para resolver problemas e gerir emoções. Seelbach (as cited in D. T. da Silva, 2012) refere que quando os filhos adultos alcançam a maturidade filial, adquirem também, a capacidade para negociar alguns recursos comunitários ou para mobilizar o seu próprio sistema informal de suporte. Assim, pode-se de certa forma depreender que os filhos participantes no presente estudo, ao alcançarem a maturidade filial, estarão mais capazes de concretizar aquilo que perspetivaram relativamente ao seu envolvimento no processo de envelhecimento dos seus pais.

M. Aires (2016), no seu estudo dirigido a filhos cuidadores de pessoas idosas, ao questionar sobre quando começaram a sentir-se responsáveis pelos seus pais, a maioria afirmou que essa responsabilidade foi gradual, em função da perda da capacidade funcional e autonomia do idoso. Tendo por base este resultado e atendendo a que os participantes no presente estudo apresentavam ambos os pais autónomos, compreende-se que não tenham manifestado necessidade de perspetivar o envelhecimento dos pais, nem dialogar sobre o mesmo em família.

O estudo de Morais (2019), onde participaram filhos com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, constatou que eram os filhos que residiam com os progenitores que consideravam que os mesmos necessitavam de cuidados e que assumiam o papel de cuidadores principais. A investigadora justifica que, ao partilharem o mesmo espaço dos progenitores, permite aos filhos estarem fisicamente mais presentes, testemunharem as necessidades dos pais e reagirem às mesmas de forma mais atempada e específica. Ora, atendendo a que nenhum dos participantes do presente estudo coabitava com os progenitores, facilmente se depreende que estes filhos tenham mais dificuldade em encarar e aceitar o envelhecimento dos pais.

Ainda relativamente à categoria “*Como perspetivam*” verificou-se também, que os filhos perspetivaram as necessidades/solicitações e preocupações decorrentes do envelhecimento dos pais, considerando alguns cenários futuros. Nesta consideração a referência à dependência dos pais (em especial a de grau elevado) predominou; quanto à referência a outros cenários futuros, embora de menor expressão, foram igualmente relevantes para o estudo, nomeadamente a sobrecarga (de cuidados/tarefas) nos filhos, o sofrimento (físico e psicológico) dos pais; o conflito familiar, entre pais e filhos, decorrente

do cuidar e ser cuidado na relação filial; o impacto da perda dos progenitores; e o impacto da morte do cônjuge/viuvez no outro progenitor.

Importa realçar que todos estes cenários perspectivados pelos filhos apresentaram uma conotação negativa. Este achado vai ao encontro do “olhar” pessoal dos utentes sobre o significado de envelhecimento onde, também, predominou uma visão negativa do mesmo. Nesta perspetiva, se os filhos apresentam uma visão negativa sobre o envelhecimento, projetarão com maior facilidade essa mesma visão nos seus pais. Este facto poderá ter repercussões negativas na qualidade das relações filiais na vida adulta, particularmente ao nível dos cuidados filiais na velhice.

Por último, para a categoria “*Como expectam responder no futuro*”, verificou-se um achado significativo para a “*intervenção autónoma*” dos filhos; intervenção essa, mais direta e próxima, no âmbito do envelhecimento dos pais, nomeadamente dar apoio, dar disponibilidade, levar os pais para sua casa e retribuir. Outro achado, menos expressivo, foi a referência ao recurso de um apoio externo para que os filhos consigam, simultaneamente, dar resposta às necessidades dos seus pais e às exigências profissionais e familiares.

De facto, “os comportamentos de ajuda e de prestação de cuidados são vistos como uma garantia da sobrevivência da figura da vinculação e como uma forma de preservação dos laços emocionais” (Bradley, Miller, Murtha, Parkinson, & Horst, 2008 as cited in D. T. da Silva, 2012, p. 53). Conforme os filhos se apercebem da complexidade e exigência das tarefas de prestação de cuidados necessárias para proteger e garantir o bem-estar dos pais, vão desenvolvendo uma maior ansiedade perante a perspetiva de falhar nessas tarefas e perante as consequências a isso inerentes (Cicirelli, 1988). Assim, através da revisão da literatura, considera-se que, os achados encontrados no presente estudo podem ser justificados, tendo como ponto de partida a ansiedade, mais concretamente a *ansiedade filial*. Esta foi definida por Cicirelli (1988) como um estado de preocupação antecipada face ao declínio ou perda dos pais envelhecidos e à capacidade pessoal para satisfazer as necessidades de prestação de cuidados, tanto antes como durante qualquer tipo de prestação de cuidados. Entre outras justificativas, este resultado levou Cicirelli (1988) a sentir a necessidade de avaliar a ansiedade filial, pelo que desenvolveu o Filial Anxiety Scale, já adaptado e validado para a população portuguesa, com a designação Escala de Ansiedade Filial (EAF).

Bradley et al. (2008 as cited in Morais, 2019; D. T. da Silva, 2012) desenvolveram um estudo que procurou incidir sobre a antecipação dos cuidados filiais e, utilizando a EAF, avaliaram o nível de ansiedade filial de filhos adultos em função de algumas

características pessoais e em relação a cada um dos progenitores. De um modo geral, os resultados deste estudo sugeriram que, independentemente da idade, género, etnia e rendimento, a maioria dos filhos adultos vivenciava um nível moderado de ansiedade filial. Demonstraram também, que as variáveis dos progenitores (idade, grau de funcionalidade, proximidade em relação ao filho adulto), não tiveram impacto na ansiedade antecipatória. Assim, a maioria dos participantes apresentou níveis moderados de ansiedade, facto este explicado por Bradley et al. (2008) com base na incerteza, desconforto e ambivalência em relação às questões relacionadas com os cuidados aos progenitores (itens apresentados na EAF), uma vez que provavelmente os adultos em questão ainda não tinham equacionado a prestação de cuidados e o envelhecimento dos pais, o que se pode ter constituído como uma limitação do estudo. Outro propósito deste estudo foi compreender em que medida os filhos adultos, principalmente os que reportavam elevados níveis de ansiedade filial, se envolviam no planeamento de comportamentos de cuidados aos progenitores antes de surgir a necessidade de prestar cuidados, e que reduziam a ansiedade filial. Os investigadores partiram da sugestão de Cicirelli (1988) de que um moderado grau de ansiedade filial poderia conduzir a maior motivação para cuidar e promover comportamentos de planeamento dos cuidados futuros, enquanto um elevado grau de ansiedade poderia conduzir ao evitamento ou limitação do envolvimento nessas atividades. No entanto, os investigadores, no seu estudo, não encontraram diferenças significativas nos comportamentos de planeamento de cuidados aos pais em função do nível de ansiedade filial, ou seja, enquanto a ansiedade elevada não bloqueou/desencorajou os comportamentos, a ansiedade moderada, também, não os aumentou. Por último, neste estudo, os resultados indicaram ainda que, os filhos tinham mais probabilidade de planear e envolver-se em atividades de prestação de cuidados, quanto mais velhos fossem os pais. Bradley et al. (2008) concluíram que planear a prestação de cuidados para uma pessoa de 60 anos, pode não ter o mesmo grau de urgência e exigência como planear cuidados para uma pessoa com 80 ou mais anos, que terá maiores limitações. Os investigadores referem ainda que, o planeamento de atividades, também pode significar uma vontade que os filhos adultos têm em assumir o papel de cuidadores quando esta necessidade realmente surgir, como forma de manter os laços de vinculação, preservando assim, a vida dos pais.

O estudo de Bradley et al. (2008) incidente na antecipação dos cuidados filiais antes de surgir a necessidade de cuidados, tornou possível um paralelismo com os filhos participantes no presente estudo. Também para estes foi difícil equacionar o envelhecimento dos pais, determinando uma negação do evidente – o envelhecimento,

enquanto processo natural, gradual e inevitável. Apesar disso, consideraram alguns cenários futuros que incluíam necessidades/solicitações e preocupações decorrentes do envelhecimento dos pais, mas todos eles se revelaram negativos. Cicirelli (1988) verificou que quando os filhos adultos sentiam que as necessidades dos pais no futuro iam ser exigentes, revelavam maior ansiedade quanto ao papel de cuidadores. Reportando ao atual estudo, os achados levam a supor que tendo os filhos equacionado o futuro de uma forma negativa, maior possibilidade existirá em desenvolverem níveis de ansiedade mais elevados, condicionando a sua capacidade para os cuidados filiais. Essa ansiedade que possa emergir é relevante para estes cuidados, na medida em que desempenha um papel importante na disponibilidade e qualidade do cuidado disponibilizado, pois pode, antecipadamente, condicionar o cuidar filial (Faria, 2016).

No presente estudo, os filhos expectam dar resposta às necessidades/solicitações do envelhecimento dos pais, sobretudo com uma intervenção mais direta e próxima deles, embora se tenha revelado uma intervenção superficial, sem referirem um planeamento explícito dos cuidados futuros. Esta perspetiva talvez se explique pelo facto de os pais apresentarem uma média de idades de 67 anos e serem autónomos, implicando um planeamento de cuidados menos urgente e exigente, tal como sustentado no estudo de Bradley et al. (2008). Pode-se supor ainda, de acordo com os achados de Bradley et al. (2008), que os filhos do presente estudo, optem por planear cuidados/atividades futuras apenas quando essa necessidade realmente surgir. O que também explica o achado relativo ao facto de os filhos preferirem adiar a reflexão em família sobre a temática do envelhecimento, até que ocorra uma crise, pois será quando se tornarão mais explícitas as necessidades de atuação e planeamento futuro.

Considerando o estudo de Bradley et al. (2008) e o presente estudo, verifica-se que, apesar de terem um intervalo temporal de 13 anos, os participantes de ambos os estudos, mantêm uma linha de pensamento semelhante. Assim, apesar dos achados supracitados do presente estudo, se terem tornado mais esclarecedores, ao serem comparados com a evidência científica encontrada na revisão da literatura, importa salientar que é fulcral mudar este paradigma de pensar “Envelhecimento”. Isto porque, conforme afirmam Núncio e Rocha (2019, pp. 18–19):

Perante a inevitabilidade do processo de envelhecimento e das suas consequências, o melhor é não o negar quando ele começar a manifestar-se. O melhor (...) é pensá-lo e planeá-lo antes disso (...) ao ultrapassar a negação (...),

estará a preparar-se [filho] e a prepará-los [pais] para enfrentar as novas etapas (...), em que a prevenção é a palavra de ordem.

O EF surge como um dos profissionais de excelência para, através dos seus conhecimentos, competências e em parceria com os filhos na meia-idade, contribuir para esta mudança. Ajudar os filhos a aceitar e planear o processo de envelhecimento dos pais, repercutir-se-á para ambos (filhos e pais) numa vivência futura desta fase da vida, de forma mais saudável, harmoniosa e completa.

5.3. O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA ENQUANTO PROMOTOR DA RELAÇÃO FILIAL EM IDADE ADULTA AVANÇADA

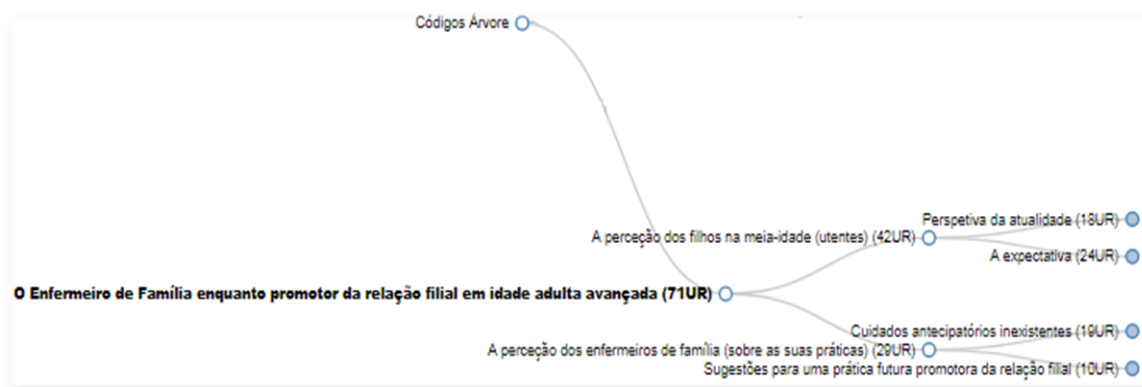


Figura 7 - Codificação em árvore da dimensão: O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada

A dimensão “O enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”, pretende dar resposta aos objetivos específicos do presente estudo que, considerando famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, visam (i) “conhecer as expectativas dos utentes (filhos adultos na meia-idade) atribuídas ao papel do EF, enquanto promotor da relação filial”; (ii) “explorar a perceção dos EFs relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade”; e (iii) “propor orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial”. Esta dimensão resultou, considerando o papel do EF na preparação dos filhos para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais, da perceção dos utentes sobre o mesmo (categoria “A perceção dos filhos na meia-idade (utentes)”) e da perceção dos EFs sobre as suas práticas (“A perceção dos enfermeiros de família (sobre as suas práticas)”). Resultou, também, do contributo dos utentes e EFs com sugestões para uma prática

futura de ESF promotora da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido.

Através do processo reflexivo dos utentes e EFs sobre a temática em estudo e com os seus contributos, foi possível, também, dar resposta ao objetivo geral do presente estudo e que consistiu em “co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com EFs, orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido”.

Após a análise de conteúdo das narrativas, verificou-se que, na atualidade, a perceção dos utentes foi unânime relativamente ao apoio do EF na preparação dos filhos para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais. Os utentes, consideraram o seu EF, um elemento externo à família, imparcial na abordagem da temática do envelhecimento (na família), sendo, por isso, um facilitador desse processo. Também consideraram o seu EF um profissional experiente no acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital. Estes achados, estão concordantes com os do estudo de Araújo (2014) onde, procurando conhecer a perceção dos utentes (inscritos numa USF) dos cuidados do EF, obteve um reconhecimento, por parte destes, do EF como um profissional que cuida da família ao longo do ciclo vital, sendo o elemento que melhor a conhece e, portanto, o mais competente para cuidar dela. De facto, compete ao EEESF prestar cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais é responsável e, ao considerar a família como unidade de cuidados, foca-se na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições; com ênfase nas forças, recursos e nas respostas a problemas reais e potenciais, consegue promover a capacitação familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015, 2018). O EF detém um lugar privilegiado na equipa multidisciplinar, pois, com a sua atuação de proximidade, surgem múltiplas oportunidades de conhecer o utente/família, conferindo-lhe o papel de agente facilitador da mudança; fornecendo a informação necessária, que permitirá ao utente/família uma tomada de decisão e de escolhas na sua vida, livre, autónoma, consciente e responsável (Araújo, 2014; Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001). No presente estudo, os utentes ao refletirem sobre a prática atual do seu EF, reconheceram no EF as características e funções norteadoras da sua prática, observando-o, por isso, como um profissional com potencialidade para os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais. No entanto, neste processo de reflexão, reconheceram também, que apesar dessa potencialidade, a sua concretização é nula ou insuficiente, não mobilizando os seus conhecimentos para essa preparação antecipada.

No seguimento do achado anterior, os utentes demonstraram a sua expectativa face à prática do EF para a preparação antecipada dos filhos, concretamente, para a promoção da relação filial, em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, revelando a sua perceção quanto a sugestões que consideram fulcrais para a prática de ESF. Assim, um utente do presente estudo, referiu como sugestão, promover o EF junto dos seus utentes, para que estes conheçam o seu trabalho e mais facilmente se crie uma parceria e colaboração entre EF-utentes/famílias, e que permita dar uma resposta mais eficaz às necessidades identificadas. Este achado, embora emergindo de apenas um utente, revelou-se pertinente pois, apesar da representatividade social do EF no atual contexto do sistema de cuidados de saúde português, leva a supor que, tal como este utente, possam existir outros que também tenham dificuldade em identificar o trabalho desenvolvido pelo seu EF. Santos (2012), no seu estudo, observou uma falta de clareza sobre a competência do EF, identificando o desconhecimento, por parte dos participantes, quanto ao conceito *cuidado de enfermagem*. A investigadora, considera que, tal achado, se possa relacionar com o facto de a família se constituir um obstáculo à prática de enfermagem de família, isto porque, se não reconhece a competência do EF, não dará crédito à sua intervenção e, conseqüentemente, não o procura. Para a investigadora, é pertinente o desenvolvimento de campanhas de *marketing* junto das comunidades, sobre o papel do EF, enquanto profissional habilitado e competente para zelar pela saúde da família e do indivíduo, simultaneamente. O que vai ao encontro da sugestão apresentada pelo utente do presente estudo.

No âmbito das sugestões facultadas pelos utentes para uma prática de ESF promotora da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, sintetizam-se as mesmas, em atividades de educação para a saúde levadas a cabo pelo EF. A educação para a saúde, pretende ajudar a pessoa a desenvolver a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-a pela sua saúde e que seja capaz de colaborar em processos de mudança, que permitam adotar estilos de vida promotores de saúde (Araújo, 2014). Assim, os utentes no presente estudo, observam-se como recetores de informação (individualmente e em família) e de formação (em palestras, a envolver outras famílias), relativamente ao processo de envelhecimento (características, patologias associadas, limitações, etc.), considerando que, através desta comunicação pedagógica levada a cabo pelo EF, conseguirão estar mais despertos, conscientes e melhor preparados para colaborar em processos de mudança no futuro. Assim, pode-se constatar que os utentes, ao esperarem do seu EF atividades de educação para a saúde no âmbito do envelhecimento em família, têm implícito nesta expectativa que o EF

cumpra o enunciado descritivo “A promoção da saúde” dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este declara que o EEESF, na procura permanente da excelência no exercício profissional, deve ajudar a família a alcançar o máximo potencial de saúde. Para isso, deve fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela família. Mais especificamente, deve estabelecer, com a família, objetivos para a mudança, perspetivando novas formas de funcionamento adequadas aos processos de transição normativos da família. Deve ainda, fornecer informações e sugestões orientadoras dos cuidados antecipatórios, com vista à maximização do potencial de saúde da família.

Após a análise de conteúdo das narrativas, verificou-se que a perceção dos EFs sobre as suas práticas relativas à preparação dos filhos para o processo de envelhecimento dos seus pais, se refletia em cuidados antecipatórios inexistentes. Os motivos mais significativos referidos pelos EFs para a não realização de cuidados antecipatórios no âmbito da promoção da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, foram, por um lado, a desatenção e o ceticismo do EF, e, por outro, os utentes na meia-idade serem pouco frequentadores da USF. Os EFs reconheceram que não estão despertos para abordar a temática do envelhecimento na família, de forma preventiva, atuando apenas mediante um problema real. Alguns EFs revelaram dúvida quanto à praticabilidade de prepararem os filhos na meia-idade, antecipadamente, para o processo de envelhecimento dos seus pais. Estes achados levam a refletir quanto à operacionalidade/essência do exercício profissional do EEESF. Este exercício é especificado a partir de quadros de referência de ESF, concordantes com a prática avançada em enfermagem de família, que evidencia o sistema familiar como cliente dos cuidados e a ênfase na abordagem colaborativa com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os fundamentos teóricos subjacentes à enfermagem de família estão baseados no pensamento sistémico e interacional. Assim, considerar a família como um sistema, é reconhecê-la como sistema interativo, onde o todo é mais do que a soma das partes, sendo o foco, a saúde familiar e as suas forças, considerando a complexidade das interações (Hanson, 2005). A família, constitui-se como a unidade de avaliação e intervenção para a enfermagem de família, onde é dado ênfase aos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar e, englobando uma filosofia de parceria com os mesmos, visa-se apoiá-los na procura de soluções para os problemas reais e potenciais identificados (Figueiredo, 2009; Wright & Leahey, 2002). Assim, destaca-se uma prática centrada nos padrões de interação promotores de fortalecimento, potencializadores das forças, recursos e competências da família, concretamente, centrada na interação com a

família, sendo o foco mais direcionado para a saúde do que para a doença, promovendo, assim, a saúde familiar, incluindo a saúde dos membros individualmente (Figueiredo, 2009). O *International Council of Nurses* (2002), considera que cuidar a família como sistema, caracteriza a prática avançada dos cuidados de enfermagem centrados na família. De facto, tal como defende Santos (2012), uma abordagem sistémica do cuidado à família, é garantia de cuidados competentes e de excelência. Assim, tendo por base os anteriores pressupostos teóricos, pode-se verificar que, o grupo de EFs participantes no presente estudo, ao reconhecerem que não estão despertos para abordar a preparação do envelhecimento na família, de forma preventiva e tendo, inclusive, a dúvida quanto à praticabilidade desta abordagem, demonstram que a sua prática, no que se refere à temática do presente estudo, fica aquém da abordagem sistémica preconizada no cuidado ideal às famílias. O que é reforçado pelo facto de, ao considerarem os utentes na meia-idade pouco frequentadores da USF, não reunirem esforços para chegar ao alcance dos mesmos. De facto, “a forma como os enfermeiros conceptualizam os cuidados à família, as suas conceções de família, saúde e doença, são também fatores determinantes nos processos de tomada de decisão, do planeamento à implementação dos cuidados” (Barbieri-Figueiredo et al., 2012, p. 38). Assim, no que se refere aos EFs do presente estudo, a sua desatenção e o ceticismo face à temática em estudo e o ato de conformismo perante utentes peculiares, constituem-se fatores que, inevitavelmente, se estão a refletir no tipo de concetualização, planeamento e intervenção junto destas famílias específicas (em ciclo vital envelhecido). Por outro lado, os EFs ao reconhecerem que atuam apenas mediante a observação de um problema real, estão ainda a avaliar e dirigir os cuidados, centrando-se no indivíduo, olhando a família como contexto. O objetivo de promover a saúde familiar é aperfeiçoar ou manter o bem-estar físico, emocional e espiritual da unidade familiar e dos seus membros (Potter as cited in Figueiredo, 2009), pelo que os EFs do presente estudo, ao atuarem apenas mediante um problema real, ao não considerarem problemas potenciais (no âmbito da temática em estudo) e não abordarem as famílias em ciclo vital envelhecido numa perspetiva sistémica, colaborativa e preventiva, poderão comprometer a saúde familiar das famílias que cuidam. É sabido que, a qualquer momento, pode ocorrer uma crise no seio familiar, a homeostasia familiar fica afetada e, estas famílias não sendo preparadas preventivamente, através de uma abordagem sistémica e colaborativa, para recuperarem ou manterem o equilíbrio, podem deparar-se com mais dificuldades. Os achados do presente estudo anteriormente referidos, vão ao encontro, ainda que parcialmente, aos achados do estudo de Freitas (2011). A investigadora verificou uma dicotomia entre os

discursos dos enfermeiros que exercem funções nos CSP e as suas práticas, ou seja, enfatizavam a importância de cuidados centrados na família, mas as suas práticas, denotavam ainda, uma visão da família fragmentada, uma unidade divisível em partes, onde os cuidados se mantinham centrados nos indivíduos. Barbieri-Figueiredo et al. (2012) referem que, para assistir as famílias numa perspetiva sistémica, é necessário o aprofundamento e/ou aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção dirigidas à família. No quadro 2 do presente estudo, pode-se observar que a maioria dos EFs não possui formação na área da Família, o que pode justificar a abordagem destes, no âmbito da temática estudada, da família como contexto.

Através da reflexão dos EFs sobre as suas práticas, foi-lhes possível apresentar sugestões para uma prática futura promotora da relação filial em famílias em estadios de ciclo vital envelhecido, e que incluíam sessões em grupo, consulta de enfermagem estruturada e consulta de enfermagem oportunista – com vista a abordar a temática do presente estudo, junto destas famílias específicas. Estas sugestões vão ao encontro/complementam as apresentadas pelos utentes. Também se verifica que a perceção dos utentes de uma prática de enfermagem atual insuficiente está em consonância com a perceção dos EFs quanto à não realização de cuidados antecipatórios, no âmbito do tema em estudo. Assim, constata-se que utentes e EFs partilham, *grosso modo*, a mesma perceção da atualidade, bem como a mesma expectativa de futuro. Araújo (2014) refere que, ao se reconhecer que a família assume responsabilidades pela saúde dos seus membros, é fundamental que se reconheça também, a necessidade de levar em conta as suas dúvidas, opiniões e, sobretudo, incentivar a sua participação em todo o processo de cuidar. Só atuando nesta ótica se torna possível que as linhas de pensamento de utentes e EFs se cruzem e se consiga dar resposta às expectativas dos utentes, conferindo um cuidar com e em família, mais completo.

No âmbito da promoção da saúde familiar, concretamente no que respeita à relação filial em idade adulta avançada, considerar a perceção dos utentes e a dos EFs equivale a um acesso privilegiado ao olhar de quem é cuidado e de quem cuida. Olhar esse que se reflete num contributo valioso para uma crescente evolução da ESF, com destaque para o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto de famílias, com vista a ajudá-las a alcançar/manter a sua saúde familiar, concretamente na fase de ciclo vital envelhecida, que filhos na meia-idade e respetivos pais se encontram.

5.4. APRECIÇÃO PESSOAL

A codificação livre do presente estudo designada “*Apreciação Pessoal*” resultou da percepção dos sujeitos participantes (utentes e EFs) da pertinência e importância atribuída à temática do presente estudo. Os mesmos reconheceram que nunca tinham pensado neste tema, não estavam conscientes mas, através da entrevista/estudo, sentiram-se alertados e motivados para repensar a vivência do envelhecimento em família. Com este achado, depreende-se que se conseguiu seguir e contribuir para a mesma linha de pensamento da enfermeira e professora Margareth Angelo (1999, p. 13) que diz “tudo começa pequeno, mas o empenho de muitos pode tornar grande o pequeno, e nas ações destinadas a cuidar de uma única família, pode residir a essência da promoção da família como um todo e também a própria sociedade”. Assim, ter os participantes a referir “((...)) *está-me a alertar para uma situação muito importante! ((...)) está a fazer com que eu pense!*” (E4), “((...)) *fazer-nos pensar! ((...)) tu deixaste a semente aqui*” (P1), permite supor e acreditar que, com o presente estudo, conduzindo os participantes a “começar a pensar” sobre a temática, está-se a *começar em pequeno*, mas com o contributo de utentes e EFs, focados em repensar o envelhecimento em família, permitir-se-á *tornar grande o pequeno*, ou seja, um futuro (espera-se que breve), que contemple a Família como o albergue de relações filiais reforçadas pela união e afeto, que permitam que o envelhecimento se desenrole o mais positiva e saudavelmente, quanto possível.

6. CONCLUSÃO

Apresentam-se as principais conclusões do estudo empírico decorrentes da discussão dos achados mais relevantes da investigação expostos no ponto anterior, bem como as limitações e implicações do estudo para a prática profissional.

6.1. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O presente estudo empírico, de natureza qualitativa foi desenvolvido tendo por base as questões de investigação formuladas e os objetivos definidos. O estudo permitiu conhecer e compreender a perspectiva dos filhos adultos na meia-idade sobre as necessidades/solicitações e preocupações decorrentes do envelhecimento dos seus pais. Desta forma, foi possível perceber, também, a percepção dos filhos quanto ao seu envolvimento futuro no processo de envelhecimento dos seus pais e quanto ao modo como refletem sobre esta temática no seio familiar. Assim, através dos achados do presente estudo, pode-se concluir que os filhos na meia-idade, com pais autônomos, sem problemas de saúde significativos, com os quais não coabitam, revelam dificuldade em encarar e aceitar o processo de envelhecimento dos pais. Os filhos optam por adiar o reconhecimento dos sinais de envelhecimento para quando estes se tornarem mais evidentes, através de algum grau de dependência e, conseqüentemente, como forma de dar resposta às necessidades/solicitações do envelhecimento dos pais, perspetivam uma intervenção futura, embora mais direta e próxima destes, ainda de modo superficial e sem um planeamento específico dos cuidados futuros. Conclui-se também que os filhos, ao tenderem em negar as evidências do envelhecimento dos pais, não tomam consciência, nem reconhecem a necessidade de debater assuntos sobre o envelhecimento e as suas conseqüências no seio familiar (entre pais, filhos, irmãos), optando por comunicar na família sobre esta temática, apenas quando surgir uma crise. No grupo dos sujeitos participantes, constatou-se uma lacuna no que respeita ao diálogo em família sobre esta temática. Os achados do estudo, quando confrontados com a evidência científica encontrada na revisão da literatura, permitem concluir que os filhos participantes no estudo, ainda se encontram no processo de desenvolvimento da maturidade filial e quando esta for alcançada, estarão mais capazes de lidar com as exigências futuras. Por último, conclui-se ainda que todos os cenários futuros perspetivados pelos filhos, que incluíram necessidades/solicitações e preocupações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, têm conotação negativa, à semelhança do

seu “olhar” pessoal sobre o envelhecimento. Assim, verifica-se que o envelhecimento ainda está envolto numa carga negativa, podendo condicionar a qualidade das relações filiais na vida adulta, particularmente ao nível dos cuidados filiais na velhice.

O estudo também permitiu, considerando famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, conhecer as expectativas atribuídas pelos filhos adultos na meia-idade, ao papel do EF, enquanto promotor da relação filial, e explorar a percepção dos EFs relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade. Assim, através dos achados do presente estudo, pode-se concluir que, os filhos na meia-idade veem no EF um profissional com potencialidade para os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais, apesar de atualmente reconhecerem que essa prática é nula ou insuficiente. Os filhos esperam uma prática do EF integradora de atividades de educação para a saúde, que lhes forneça informação (individualmente e em família) e formação (em palestras, a envolver outras famílias), relativamente ao processo de envelhecimento, de forma a ficarem mais despertos, conscientes e melhor preparados para o futuro. Pode também concluir-se que os EFs participantes no estudo reconhecem que não realizam cuidados antecipatórios no âmbito da promoção da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido. A sua desatenção e o seu ceticismo face à temática em estudo, reforçado pelo seu conformismo perante utentes na meia-idade pouco frequentadores da USF, condicionam o tipo de conceitualização, planeamento e intervenção junto destas famílias específicas (em ciclo vital envelhecido). Os EFs reconheceram que atuam nestas famílias apenas quando detetam um problema real, o que permite concluir que estes EFs, ainda avaliam e prestam cuidados individuais, não abordando a família como um sistema, parceira dos cuidados de saúde, mas olhando a família como contexto. Os EFs ao não considerarem problemas potenciais (no âmbito da temática em estudo) e não abordarem estas famílias específicas numa perspetiva sistémica, colaborativa e preventiva, conclui-se que poderão comprometer a saúde familiar das mesmas. Os EFs sugeriram uma prática futura promotora da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido, que integre sessões em grupo, consulta de enfermagem estruturada e consulta de enfermagem oportunista que abordem, junto destas famílias específicas, a temática do presente estudo.

As evidências do estudo mostram que filhos e EFs partilham, *grosso modo*, a mesma percepção da atualidade (prática de enfermagem atual insuficiente/cuidados antecipatórios inexistentes), bem como a mesma expectativa de futuro (EF com papel fundamental na promoção da saúde familiar de famílias em ciclo vital envelhecido).

O estudo permitiu ainda propor orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial em famílias em estadió de ciclo vital envelhecido, que permitam melhorar e/ou alterar a prática profissional e que se apresentam no ponto 6.3 desta secção.

Por fim, importa referir que os sujeitos participantes (filhos e EFs) reconheceram a pertinência e a importância desta investigação, pois nunca tinham pensado no tema do estudo, sentindo-se alertados e motivados para repensar a vivência do envelhecimento em família. Acredita-se assim, que o presente estudo permitiu conduzir os participantes a pensar sobre a temática, contribuindo para que num futuro próximo, haja uma alteração do “olhar” sobre o envelhecimento em família, de modo que este integre relações filiais reforçadas pela união e afeto, que permitam tornar o envelhecimento mais positivo, saudável e harmonioso.

6.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, salienta-se a escassez de investigação, nacional e internacional, publicada no domínio da Enfermagem sobre a temática em estudo, o que dificultou a comparação de resultados e o enriquecimento da discussão, sendo evidente a necessidade de se realizarem mais estudos e de se divulgarem as evidências nesta área.

Outra limitação relaciona-se com o facto de nenhum dos EFs participantes no estudo ser EEESF, o que pode ter condicionado os resultados obtidos. Talvez se os EFs tivessem formação especializada na área de saúde familiar, poderiam ter outras práticas de atuação com e na família e, assim, dariam um contributo acrescido a este estudo.

Por último, o facto de os filhos adultos na meia-idade nunca terem pensado na temática do estudo e revelarem dificuldade em responder a algumas questões colocadas durante a entrevista, pode ter condicionado o seu contributo para uma prática de ESF promotora da relação filial em famílias em estadió de ciclo vital envelhecido.

6.3. IMPLICAÇÕES E PROPOSTAS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

As implicações deste estudo para a prática de ESF estão relacionadas com os aspetos identificados e valorizados pelos filhos adultos na meia-idade e pelos EFs no âmbito da promoção da saúde familiar, concretamente no que respeita à relação filial em idade adulta avançada. Por um lado, os seus contributos possibilitam um maior conhecimento das famílias que se encontram num estadió de ciclo vital envelhecido. Por outro, permitem uma otimização das intervenções de enfermagem, segundo a visão sistémica

da família, que visem ajudar/manter a saúde familiar, concretamente na fase de ciclo vital envelhecida, que filhos na meia-idade e respetivos pais, se encontram. O EF através dos seus conhecimentos, competências, relação de proximidade e parceria com estas famílias específicas, desenvolverá uma prática que contribuirá para a otimização de relações filiais em idade adulta avançada, com impacto na preparação para a vivência familiar futura, desta fase da vida, tornando-a mais saudável, harmoniosa e completa.

Tendo em conta os achados deste estudo, considera-se que este constitui um contributo importante para ampliar o debate sobre o EF e as suas práticas de cuidados a famílias em ciclo vital envelhecido e, por isso, traduz-se num contributo valioso para uma crescente evolução da ESF.

Como forma de concretizar as implicações deste estudo para a prática de ESF, propõem-se as seguintes orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial, em famílias em estadios de ciclo vital envelhecido, que permitem melhorar e/ou alterar a prática profissional:

- Desenvolver campanhas de *marketing* junto das comunidades, sobre o papel do EF, enquanto profissional habilitado e competente para zelar pela saúde da família e do indivíduo, simultaneamente;
- Implementar um programa de educação para a saúde dirigido aos filhos adultos na meia-idade e respetiva família (irmãos e pais) com enfoque na relação filial, nas características do processo de envelhecimento e nas patologias limitantes a ele associadas, para que os filhos estejam mais despertos e melhor preparados para a realidade futura. Este programa deve integrar:
 - ✓ criação de um gabinete sénior, como espaço que permita o esclarecimento de dúvidas;
 - ✓ consulta de enfermagem oportunista/de rotina a idosos, onde se verifique pouco acompanhamento destes por parte dos filhos, resultando num alerta para o EF destacar esta família para ser intervencionada no âmbito da temática;
 - ✓ consulta de enfermagem oportunista/de rotina a filhos na meia-idade, onde se aproveita a consulta para uma primeira abordagem ao tema e posterior marcação de consulta (temática familiar), se necessário;
 - ✓ consulta de enfermagem estruturada/consulta temática familiar, que se centre nos aspetos anteriormente referidos;
 - ✓ sessões em grupo, a envolver outras famílias que se encontrem na mesma etapa do ciclo vital familiar;

- Desenvolver um estudo idêntico ao presente, noutras USFs, assim como, replicar o presente estudo em USFs com EEESF e proceder a um estudo comparativo. Neste sentido, conseguia-se ampliar a compreensão do fenómeno em estudo;
- Realizar formação no âmbito da ESF, em particular na visão sistémica da família, tornando o EF um profissional mais habilitado, mais competente e mais motivado para a prestação de cuidados às famílias.

Concluído o estudo, considera-se que o objetivo geral de co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com EFs, orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido, foi alcançado com empenho e rigor durante o processo de investigação.

Espera-se, com a concretização desta investigação, que os seus resultados contribuam para reforçar, repensar e reajustar a intervenção do EF e potenciem a realização de outros trabalhos no domínio da temática em estudo, que proporcionem mudanças no sentido da melhoria contínua dos cuidados de ESF.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório desenvolveu-se no âmbito da UC Estágio e expõe o percurso formativo realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018) para a obtenção do grau de Mestre em ESF. O estágio de natureza profissional foi realizado na USF Rainha D. Tereza e permitiu a prática de cuidados especializados à família e a implementação de um estudo empírico intitulado “o enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”. O presente relatório descreve o processo de aprendizagem, refletindo sobre as competências desenvolvidas em contexto de estágio profissional, apresentando o estudo empírico e os resultados decorrentes do mesmo.

O percurso realizado ao longo do estágio, constituiu uma experiência de enriquecimento pessoal e profissional porque, ao permitir aplicar os conhecimentos teóricos na prática clínica, contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências ao nível da investigação em saúde, bem como para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências exigidas no âmbito da ESF. A este nível, o estágio profissional permitiu-me: reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização; conceber a família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos processos desenvolvimentais inerentes ao seu ciclo vital; desenvolver o processo de cuidados numa parceria colaborativa com a família, de forma a capacitá-la face às transições; realizar a avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional; reconhecer situações de especial complexidade, formulando diagnósticos e implementando intervenções ajustadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar; e por fim, efetuar a avaliação das intervenções implementadas, de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento da família (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A elaboração deste relatório exigiu uma atitude crítica e reflexiva sobre o trajeto efetuado até ao momento, o que me permitiu, por um lado, integrar mais aprendizagem e conhecimento e, por outro, consolidar as competências gerais e específicas do EEESF, tomando consciência das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado.

Ao refletir sobre a realização, quer do estágio, quer deste relatório, saliento as dificuldades sentidas ao nível da gestão da minha vida familiar, profissional (aumento da

carga horária) e acadêmica. Estas dificuldades foram intensificadas pelo contexto da pandemia Covid-19 que surgiu, concretamente, durante a realização deste relatório e que ainda se mantém até ao momento. Contudo, tive o apoio da minha supervisora para gerir o meu horário de acordo com a minha disponibilidade e tive a compreensão da minha orientadora de mestrado. Por fim, mediante o contexto pandémico, o prolongamento da época especial de entrega do relatório de estágio pela ESSUA, permitiu-me a conclusão do mesmo no período estipulado.

Gostaria de salientar também que, relativamente às implicações do estágio e do relatório para a minha prática profissional, para além da oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento ao nível profissional já referidas, permitiram-me uma maior perceção da importância da articulação de cuidados entre os CSP e os cuidados diferenciados, contribuindo com essa noção no meu local de trabalho (hospitalar).

Refletindo sobre o percurso efetuado, considero que o contexto de estágio na USF Rainha D. Tereza, seguindo uma metodologia de trabalho segundo o modelo de equipa de família, juntamente com a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em ESF e com o apoio e experiência transmitida, em especial pela equipa de enfermagem e em particular pela Enfermeira Sandra Almeida, foram fulcrais para realizar a UC Estágio.

Ao finalizar este relatório, importa referir que os objetivos propostos foram alcançados e o enriquecimento pessoal e profissional foi inquestionável. Compreendi que o EF é um elemento essencial no cuidado sistémico às famílias com as quais interage e que para realizar cuidados de enfermagem especializados em saúde familiar, de excelência, é muito importante o desenvolvimento de competências relacionais, em paralelo com as competências cognitivas e técnicas. Por fim, gostaria que o estudo empírico desenvolvido melhorasse as intervenções do EF na promoção da relação filial em idade adulta avançada e que aliciasse a novas descobertas neste âmbito, permitindo uma melhoria contínua dos cuidados de ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/2028>
- Aires, M. (2016). *Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos e a relação com o bem-estar* (Doctoral dissertation, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10183/148187>
- Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Andrade, A. I. N. P. de A. e, & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, (40), 185–199. Retrieved from [file:///C:/Users/Ana Filipa/Downloads/8227-Article Text-23336-1-10-20160203.pdf](file:///C:/Users/Ana%20Filipa/Downloads/8227-Article%20Text-23336-1-10-20160203.pdf)
- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), 7–14. <https://doi.org/10.5380/fsd.v1i1.4882>
- Angelo, M. (2015). Pensar família na prática clínica do enfermeiro. In H. M. A. M. Loureiro (Ed.), *Transição para a reforma: Um programa a implementar em cuidados de saúde primários* (pp. 17–24). Fundação para a Ciência e Tecnologia, Governo Português e União Europeia.
- Araújo, C. F. G. (2014). *Enfermagem com famílias: Perceção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família* (Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>
- Barbieri-Figueiredo, M. do C., Santos, M. R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, conceções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/31987>
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Blenkner, M. (1965). Social work and family relationships in later life with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G. F. Streib (Ed.), *Social structure and the family: Generational relations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bomar, P., & Baker-Word, P. (2005). Promoção da saúde familiar. In S. M. H. Hanson (Ed.), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (pp. 209–233). Loures: Lusociência.
- Brás, M. A. M., Brás, M. de F. M., & Moura, S. C. M. (2013). Enfermeiro de família, um especialista de e com futuro? sim (...)! porque (...)! In *Primeiras jornadas de enfermagem da escola superior de saúde do instituto politécnico de bragança* (pp. 240–245). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9440/1/E-Book 240-245.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9440/1/E-Book%20240-245.pdf)

- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/24456>
- Castro, C. M. V. de. (2007). *Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados* (Master's thesis, Universidade Aberta, Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.2/705>
- Cicirelli, V. G. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist*, 28(4), 478–482. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/geront/28.4.478>
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75–82. Retrieved from file:///C:/Users/Ana Filipa/Downloads/Enfermagem_Os_enfermeiros_em_cuidados_de_saude_pri.pdf
- Costa, A. S. da, Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I., ... Ferreira, P. S. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Cruz, R. C. da, & Ferreira, M. de A. (2011). Um certo jeito de ser velho: Representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20(1), 144–151. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100017>
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291–301. <https://doi.org/10.14417/ap.972>
- Declaração de Helsínquia da associação médica mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia da associação médica mundial*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica - O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, 19, 139–156. Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Elsen, I., Althoff, C. R., & Manfrini, G. C. (2001). Saúde da família: Desafios teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 89–97. <https://doi.org/10.5380/fsd.v3i2.5048>
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. (2019). *Guia orientador - Estágio*. Aveiro.
- Faria, C. (2016). Relação e cuidados filiais na velhice: Contributos da ansiedade filial. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 251–256. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.570>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Doctoral dissertation, Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Família Um Contexto do CuidarMaria Henriqueta Figueiredo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)

- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lisboa: Lusociência.
- Figueiredo, M. H., Martins, M. M. F. P. da S., Silva, L. W. S. da, & Oliveira, P. da C. M. de. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11–22. Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/6483/4700>
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, A. P. C. (2011). *Enfermagem com famílias: Perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da região autónoma da madeira* (Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/13430>
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Cambridge University Press. Ageing and Society*, 26(5), 707–722. Retrieved from https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/009AFF0B5768949EF6D4329412113088/S0144686X06004934a.pdf/between_elderly_parents_and_adult_children_a_new_look_at_the_intergenerational_care_provided_by_the_sandwich_generation.pdf
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência.
- Hayes, P. M., & Truglio-Londrigan, M. (1985). Helping children of aged parents achieve filial maturity. *Journal of Community Health Nursing*, 2(2), 93–98. https://doi.org/10.1207/s15327655jchn0202_4
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Região centro*. (Instituto Nacional de Estatística I. P., Ed.). Lisboa.
- International Council of Nurses. (2002). *Nurses always there for you: Caring for families. Information and action tool kit*. Geneva: ICN.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes.
- Loureiro, H. M. A. M. (2011). *Cuidar na “entrada na reforma”: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Doctoral dissertations, Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4159/1/tese.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (2006). *Glossário para as unidades de saúde familiar*. Retrieved from http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario_USF.pdf
- Morais, D. M. da C. B. (2019). *Cuidados filiais: O papel da vinculação e da representação dos cuidados na ansiedade filial e na maturidade filial* (Doctoral dissertation, Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) e

- Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/121590>
- Neves, C. F. O. (2012). *Estereótipos sobre idosos: Representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade* (Master's thesis, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.6/1207>
- Núncio, M. J. da S., & Rocha, C. (2019). *Os meus pais estão a envelhecer*. Porto: Ideias de Ler.
- Oliveira, M. R. S. de. (2011). *Geração sanduíche: Análise da solidariedade para com os seus pais idosos e filhos na fase da adultez emergente* (Master's thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114599/2/280243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Adoção pela ordem dos enfermeiros do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar como referencial em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/3477091>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/67626882>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitaria-e-de-saude-publica.pdf>
- Parlamento Europeu e Conselho Europeu. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do parlamento europeu e do conselho de 27 de abril de 2016*. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
- PORDATA. (2018). O seu município em números!Albergaria-a-velha. Retrieved August 16, 2020, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Albergaria+a+Velha-252049>
- Porto Editora. (2020). Dicionário infopédia da língua portuguesa. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/>
- Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos* (Master's thesis, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/3267>
- Ribeiro, M. T. M. L. da S. R. (2005). Casais de meia-idade: Estudos com casais portugueses numa perspectiva sistémica. *Psicologia*, 19(1–2). Retrieved from <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.398>
- Richards, B. S., & Lilly, M. L. (2005). Enfermagem gerontológica da família. In S. M. H.

- Hanson (Ed.), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (pp. 349–367). Loures: Lusociência.
- Rua, M. dos S. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico* (Doctoral dissertations, Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Santos, M. L. V. A. dos. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa. Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). Usf rainha d. tereza. Retrieved August 13, 2020, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010291/Pages/default.aspx>
- Silva, D. T. da. (2012). *Vinculação e ansiedade filial na vida adulta: Contributos da investigação para a gerontologia social* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1970>
- Silva, M. P. S. e. (2011). *Relações entre pais e filhos na velhice. O caso dos idosos institucionalizados no lar s. vicente de paulo* (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8090/1/MestradoGerontologia_232609082_MarianaSilva - DISSERTAÇÃO.pdf
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem - Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusodidacta.
- The belmont report. (1979). *The belmont report*. Retrieved from https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf
- The nuremberg code. (1949). *The nuremberg code*. Retrieved from <https://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf>
- Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza. (2018). *Relatório de atividades - Ano 2018*. Albergaria-a-Velha.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/s0102-79721999000200015>
- Wachelke, J. F. R., & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(3), 379–390. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300013
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Zal, H. M. (1992). *A geração sanduíche : Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Lisboa: Círculo de Leitores, imp. 1994.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

6

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:
Favorável

DESPACHO: *favorável fazer
favorável. 25.07.19*

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, L.P.

Título: "O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada" Processo 71/2019

ASSUNTO: Autores: "O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada" *Ana Rita da Domingues Pereira / Enfermeira
no Serviço de Ginecologia/Gestação do CH3V e Helena
Maria Almeida Macedo Loureiro.*

Dr. Luís Milião Cabral
Vogal

[Signature]
Dr. Luís Milião Cabral
Vogal

As investigadoras propõem-se Co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com enfermeiros de família, orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial em famílias cujos pais são idosos.

Propõem-se realizar o estudo na USF Rainha D. Tereza do ACeS Baixo Vouga, da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo já autorização para o efeito.

O estudo será desenvolvido em duas fases que designaram por Fase 1 e Fase 2. Para a realização do estudo utilizarão uma amostra não probabilística por conveniência de utentes e profissionais de saúde da referida USF, constituída da seguinte forma:

- Fase 1- utentes da USF D. Tereza, mulheres ou homens, com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, que tenham os dois pais maiores de 65 anos, autónomos; compreendam a língua portuguesa; e apresentem facilidade na comunicação. Critério de exclusão: mulheres e homens que não aceitem participar no estudo.

- Fase 2 – enfermeiros de família pertencentes à equipa multidisciplinar da USF Rainha D. Tereza, que aceitem participar no estudo. Como critério de exclusão, enfermeiros de família pertencentes à equipa de enfermagem que se encontrem de férias, baixa médica e que não aceitem participar no estudo. A

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

colheita de dados na fase um será realizada através de entrevista individual, desenvolvida face a face, com recurso a “Guião de Entrevista Individual” elaborado pelas investigadoras e que consta em anexo ao pedido de parecer. A colheita de dados na fase 2 será realizada através de uma entrevista de grupo focal (grupo composto pelos enfermeiros de família), com recurso ao “Guião de Condução de Grupo Focal” que será, elaborado em função dos resultados obtidos na Fase 1.

Em ambas as fases, a entrevista iniciar-se-á com um esclarecimento sobre o âmbito do estudo e os seus objetivos. De seguida, será apresentada a declaração de consentimento informado, livre e esclarecido, como forma de assegurar os direitos éticos e o consentimento dos sujeitos participantes.

As entrevistas serão gravadas sob compromisso da investigadora, de manter o anonimato das mesmas. Estas serão transcritas para o computador pessoal da investigadora. No caso da entrevista individual, cada uma será identificada com um código alfanumérico que se inicia em “E-01” ao colocar no programa informático. No caso da entrevista de grupo focal, os discursos dos participantes serão identificados pela investigadora através de um código alfanumérico atribuído a cada participante, que se inicia em “P-01”. Após a realização do projeto, as entrevistas serão destruídas.

A análise dos dados do estudo, seguirá uma abordagem de análise de conteúdo, com apoio do software webQDA.

A investigadoras comprometem-se a cumprir os princípios éticos contemplados no Código de Nuremberga, na Declaração de Helsínquia e no Relatório de Belmont (Declaração de Helsínquia da associação médica mundial, 2013; The belmont report, 1979; The nuremberg code, 1949).

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

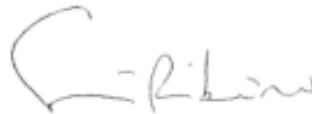
Relator:



(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC



(Carlos Fontes Ribeiro)

ANEXO II – Autorização do Diretor da ESSUA

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Ana Filipa Domingues Pereira**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado "*O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada*", sob a orientação científica da Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro.

Aveiro, 29 de maio de 2019

O Diretor da Escola Superior de Saúde


Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

ANEXO III – Autorização da Coordenadora da USF Rainha D. Tereza

M.ª Helena Rosa, Dra.
COORDENADORA
USF Rainha D. Tereza

Exma. Senhora Dra Maria Helena Rosa
Santos Ferreira Melo
Coordenadora da USF Rainha D. Tereza,
ACeS Baixo Vouga, ARS Centro

Assunto: Pedido de parecer favorável para a realização do estudo “O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada” na USF Rainha D. Tereza.

Eu, Ana Filipa Domingues Pereira, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretendo desenvolver um estudo de investigação com o tema “**O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada**”, no âmbito da unidade curricular Estágio, sob orientação da Prof. Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro.

O referido estudo tem como objetivo geral co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com enfermeiros de família, orientações para um exercício da enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Exa. o parecer favorável para a aplicação deste estudo, durante a realização do meu estágio, na USF Rainha D. Tereza.

Asseguro que todos os participantes participarão no estudo voluntariamente, após assinatura da declaração de consentimento informado, livre e esclarecido; e que será garantido o anonimato de todos os participantes, bem como a confidencialidade dos dados.

Mostro, desde já, disponibilidade para o envio dos resultados alcançados com este trabalho de investigação.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas relativas ao projeto de investigação.

Agradeço a atenção e a disponibilidade prestada.

Com os mais cordiais cumprimentos, peço deferimento,

Ana Filipa D. Pereira



(a30506@ua.pt)

Aveiro, 30 de maio de 2019

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster e Folheto complementar: “Prepare-se!! Os Seus Pais Estão A Envelhecer. E Agora??”

Prepare-se!! Os Seus Pais Estão A Envelhecer. E Agora??

Envelhecer é um processo inevitável e inerente à natureza humana – é um facto da vida; **só somos idosos uma vez!** Implica um conjunto de transformações ao nível funcional, psicológico e social, manifestando-se com a passagem do tempo, ao longo de toda a vida.^{1,2}

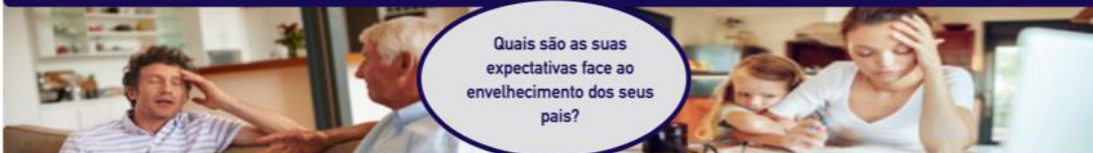
A **experiência** de envelhecer é **única** e **não existe uma idade-limite para que uma pessoa se torne "idosa"** – vai depender das características e vivências individuais, e, também, dos fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, aos quais a pessoa esteve ou está exposta ao longo da vida.^{2,3,4}



A **Família** é o porto de abrigo para se viver todas as fases do desenvolvimento familiar, e em especial, o lugar ideal para se envelhecer.⁵

Os **filhos assumem um papel importante no acompanhamento dos seus pais que vão envelhecendo**. Isto implica o início de uma nova fase no ciclo da vida familiar, onde a dinâmica e as relações familiares se alteram, exigindo adaptações e mudança de papéis entre os seus elementos.²

Vivenciar o processo de envelhecimento em família é muito desafiante. Para a maioria dos pais idosos, os filhos são considerados elementos-chave³, mas estes vivem num ritmo acelerado, dividido entre a vida profissional, a conjugal e a necessidade de apoiar os seus filhos e os seus pais idosos², **podendo não conseguir corresponder às expectativas destes.**



Quais são as suas expectativas face ao envelhecimento dos seus pais?

Os meus pais estão a envelhecer? É algo que me preocupa no futuro?

Como estarão os meus pais daqui a 5-10 anos? Que tipo de apoio precisarei de lhes facultar?

Já falei em família sobre as medidas a tomar perante alterações na dinâmica familiar?

A necessidade de os filhos apoiarem os pais pode ser súbita, mas, na maioria das vezes, vai-se instalando gradualmente, com o decorrer da vida.²

Os filhos devem olhar mais além... e estar desportos para sinais do envelhecimento que alertam para a necessidade de apoio dos seus pais.



Prepare-se para o envelhecimento dos seus pais, começando por **conhecê-lo e aceitá-lo.**

Anteça o que pode acontecer e **planeie** previamente uma resposta atempada e adequada.

Os meus pais envelhecem...	Adiar o reconhecimento dos sinais, pode significar deixar os seus pais à mercê das suas fragilidades e vulnerabilidades crescentes
Postura instável, desequilíbrio, tremuras	Quedas frequentes
Diminuição da mobilidade	Atividades como caminhar e passear menos frequentes
Diminuição da visão	Atividades como ler, fazer crochet menos frequentes
Diminuição da audição	Aumento do volume da televisão ou do tom de conversação
Desinteresse por si e pela sua casa	Aparência, higiene pessoal e limpeza da casa mais descuidadas
Alteração da personalidade e variação frequente de humor	Isolamento, mais impacientes e calados, com alteração nos hábitos diários
Esquecimentos e confusões	Esquecimento de pagamentos, da toma da medicação e confusão quanto a lugares, mais frequentes

Adaptado!

Pequenas sugestões para o ajudar a preparar-se para o envelhecimento dos seus pais:

- **avali** a situação e seja racional, identificando as reais necessidades dos seus pais;
- **defina prioridades**, analisando a situação dos seus pais e a sua capacidade de os apoiar;
- **organize a informação** relativa a: saúde e histórico médico, finanças e património e tenha **acessível os contactos telefónicos** de pessoas que possam fornecer apoio;
- **organize reuniões familiares**, com todos os seus irmãos, desde os primeiros sinais, dividindo tarefas e responsabilidades;
- **seja paciente e empático** com os seus pais, ajustando a comunicação estabelecida;
- **seja o moderador** entre o respeito pela autonomia e decisões dos seus pais e o zelo pela sua proteção, segurança, bem-estar e qualidade de vida;
- **incentive** os seus pais na **vida social**, convivendo com os amigos e participando em atividades lúdicas. Se necessário, acompanhe-os;
- **assegure a segurança** dos seus pais: retire tapetes soltos e móveis que dificultem o andar e fixe os fios elétricos ao chão ou à parede.

Adaptado!

Com o seu **Enfermeiro de Família** pode ajudá-lo a preparar-se para o envelhecimento dos seus pais, pois constitui-se um **facilitador** deste processo porque:

- é um elemento externo à família, sendo mais objetivo e racional;²
- é um profissional que conhece, acompanha e apoia, as famílias ao longo do seu ciclo vital, promovendo a saúde familiar;⁴
- é um profissional com competência para orientar e capacitar antecipadamente os filhos no planeamento do envelhecimento na família.

Encare o **envelhecimento em família** como uma etapa que permite o reforço da **união familiar** e o planeamento de um **futuro** vivido em família, **tranquilo** e **harmonioso**.

Não se esqueça, tem no seu enfermeiro de família um aliado para o ajudar em todos os desafios e obstáculos que surjam.

Não hesite!! Pedir ajuda não é um sinal de fraqueza, mas de força, coragem e inteligência!

1 - Lima, M. P. de. (2010). Envelhecimento. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

2 - Nuncio, M. J. da S., & Rocha, C. (2019). Os meus pais estão a envelhecer. Porto: Ideias de Ler.

3 - Loureiro, H. M. A. M. (2011). Cuidar na "entrada na reforma": Uma intervenção conducente à promoção de saúde de indivíduos e de famílias. Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://rua.ua.pt/bitstream/10272/11581/1/tese.pdf>

4 - Silva, M. P. S. e. (2011). Relações entre pais e filhos na velhice: O caso dos idosos institucionalizados no lar A. vicente de paulo (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10467/14609/0/1/MestradoGerontologia_23260962_MarianaSilva - DISSERTAÇÃO.pdf

5 - Soares, L., Figueiredo, O., & Companhia, M. (2004). Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice. Porto: Antbar.

6 - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitaria-e-de-saude-publica.pdf>

Elaborado por Ana Filipa Pereira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da ESSUA, com supervisão da Enfermeira Sandra Almeida. Aprovado pelo Conselho Técnico a 12 de fevereiro de 2020



Prepare-se!! Os Seus Pais Estão a Envelhecer E Agora?



Elaborado por Ana Filipa Pereira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da ESSUA, com supervisão da Enfermeira Sandra Almeida. Aprovado pelo Conselho Técnico a 12 de fevereiro de 2020.



Os meus pais envelhecem...



...e eu estou atento!

Adiar o reconhecimento dos sinais, pode significar deixar os seus pais à mercê das suas fragilidades e vulnerabilidades

Postura instável, desequilíbrio, tremuras	Quedas frequentes
Diminuição da mobilidade	Atividades como caminhar e passear menos frequentes
Diminuição da visão	Atividades como ler, fazer crochê menos frequentes
Diminuição da audição	Aumento do volume da televisão ou do tom de conversação
Desinteresse por si e pela sua casa	Aparência, higiene pessoal e limpeza da casa mais descuidadas
Alteração da personalidade e variação frequente de humor	Isolamento, mais impacientes e calados, com alteração nos hábitos diários
Esquecimentos e confusões	Esquecimento de pagamentos, da toma da medicação e confusão quanto a lugares, mais frequentes

Pequenas sugestões para o ajudar a preparar-se para o envelhecimento dos seus pais:

- **avalie** a situação e seja racional, identificando as reais necessidades dos seus pais;
- **defina prioridades**, analisando a situação dos seus pais e a sua capacidade de os apoiar;
- **organize a informação** relativa a: saúde e historial médico, finanças e património e tenha **acessível os contactos** telefónicos de pessoas que possam fornecer apoio;
- **organize reuniões familiares**, com todos os seus irmãos, desde os primeiros sinais, dividindo tarefas e responsabilidades;
- **seja paciente e empático** com os seus pais, ajustando a comunicação estabelecida;
- **seja o moderador** entre o respeito pela autonomia e decisões dos seus pais e o zelo pela sua proteção, segurança, bem-estar e qualidade de vida;
- **incentive** os seus pais na **vida social**, convivendo com os amigos e participando em atividades lúdicas. Se necessário, acompanhe-os;
- **assegure a segurança** dos seus pais: retire tapetes soltos e móveis que dificultem o andar e fixe os fios elétricos ao chão ou à parede.

APÊNDICE II – Panfleto: “Diabetes e Família”

**FAMÍLIAS,
FAÇAM DESTAS
DICAS O VOSSO
LEMA e para que
não o esqueçam,
podem usar:**

- ⇒ Como marca página
- ⇒ Como lembrete na porta do frigorífico
- e
- ⇒ Partilhando com a família



**UMA FAMÍLIA BEM
INFORMADA, COESA E
OTIMISTA, CONSEGUE
MAIS FACILMENTE
AJUDAR A LIDAR COM A
DOENÇA E A PREVENIR
AS SUAS
COMPLICAÇÕES**



Elaborado por Ana Filipa Pereira, aluna do
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Familiar da ESSUA, com supervisão da
Enfermeira Sandra Almeida
Aprovado pelo Conselho Técnico a
12/11/2019



**DIA MUNDIAL
DA DIABETES**

14 DE NOVEMBRO



“DIABETES E FAMÍLIA”



Sabia que...

A diabetes é uma doença metabólica crónica, caracterizada por um nível elevado de açúcar no sangue, provocado pela secreção deficiente de insulina (diabetes tipo 1 – mais comum em crianças e adolescentes) ou pela resistência à ação da insulina (diabetes tipo 2 – mais comum em adultos).

**A DIABETES DEVE
SER ENTENDIDA
COMO UMA
DOENÇA DA
FAMÍLIA**

MAS E PORQUÊ?!?!

Ora pensemos...



É a doença...

... do pai que falta ao trabalho porque a criança tem de ir à consulta;

... da mãe que passa a inquietar-se continuamente;

... dos irmãos que, por vezes, se sentem esquecidos;

... da esposa que se cansa de, continuamente, alertar o marido;

... dos filhos que acompanham as complicações da doença nos seus pais idosos.

É a doença que afeta toda a família.

É uma doença desgastante a longo prazo.

É necessário enfrentá-la em família, porque

JUNTOS É MAIS FÁCIL!!



Famílias, para que o vosso familiar mantenha a diabetes controlada e viva bem, procurem:

1. Adotar um estilo de vida mais saudável:

- partilhando o mesmo regime alimentar que o vosso familiar diabético - alimentação saudável e fracionada;
- servindo de exemplo, não fumando e não abusando de bebidas alcoólicas;
- tomando-se mais ativos fisicamente - partilhando exercício físico entre pais e filhos e entre avós e netos.

2. Apoiar emocionalmente e de forma educativa, o vosso familiar diabético:

- ajudando na partilha de conhecimento sobre a doença;
- auxiliando na tomada de decisão sobre o tratamento;
- promovendo a aceitação da doença e a adesão ao tratamento.

3. Encorajar, o vosso familiar diabético:

- à autovigilância da doença;
- à assiduidade nas consultas;
- ao cumprimento rigoroso da medicação;
- à realização de todos os exames solicitados.

4. Reforçar a segurança, sobretudo em crianças, adolescentes e idosos:

- no acompanhamento às consultas;
- na preparação e administração do tratamento (insulina, medicamentos);
- na vigilância contínua, de forma a evitar esquecimentos e confusões.

APÊNDICE III – Convite direcionado aos EFs da USF Rainha D. Tereza para participarem na fase 2 do estudo

Projeto de Estágio: “O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada”, realizado em contexto de Estágio Profissional

na USF Rainha D. Tereza entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Ano, 2º Semestre.

Mestranda: Ana Filipa Pereira; Supervisor: Enfª Sandra Almeida; Orientação Científica: Professora Doutora Helena Loureiro

Venho por este meio, convidar **todos os Enfermeiros de Família da USF Rainha D. Tereza** a participarem na **Fase 2** do Projeto de Estágio supracitado, **dia 13 de fevereiro de 2020, às 13h30**, na Sala de Reuniões da USF Rainha D. Tereza. Nesta Fase 2, pretende-se realizar uma **entrevista de grupo focal** (grupo composto pelos enfermeiros de família), onde, através da interação, discussão e reflexão entre os elementos do grupo, procurar-se-á:

- ✓ explorar a percepção dos enfermeiros de família sobre as suas práticas de enfermagem de família promotoras da relação filial em idade adulta avançada;
- ✓ apresentar os resultados decorrentes da Fase 1 do projeto de estágio;
- ✓ obter sugestões de orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial em idade adulta avançada.

Obrigada pela vossa disponibilidade e colaboração.

Mestranda: Ana Filipa Pereira



APÊNDICE IV – Guião de Entrevista Individual

GUIÃO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

PARTE I – Questionário de Caracterização Sociodemográfica do Sujeito Participante

Código alfanumérico: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

- Sexo: Masculino Feminino
- Idade: _____
- Estado Civil: _____
- Profissão: _____
- Habitação:
Casa Própria Casa Arrendada Casa de Pais Casa de Outros Familiares Outra
Qual? _____
- Com quem vive?
Sozinho Cônjuge Filhos Quantos? _____ Outros familiares Quantos? _____
Quais? _____
- Idade dos Pais: Mãe _____ Pai _____
- Número de irmãos? _____

PARTE II

Blocos Temáticos	Objetivos	Informações/Questões-Chave
<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Legitimação da Entrevista e Caracterização do Sujeito Participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista; - Motivar o sujeito participante; - Caracterizar o sujeito participante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do entrevistador; - Informar o sujeito participante sobre o tema e os objetivos do estudo; - Pedir a colaboração do sujeito participante para a continuação do estudo; - Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato do sujeito participante; - Solicitar autorização para a realização da entrevista e gravação áudio da mesma; - Obter o consentimento informado do sujeito participante.
<p style="text-align: center;">II</p> <p style="text-align: center;">Conceito de Envelhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a percepção dos filhos adultos na meia-idade sobre o significado de envelhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - O que é para si o envelhecimento?
<p style="text-align: center;">III</p> <p style="text-align: center;">Perspetiva sobre o Envelhecimento na Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a perspectiva dos filhos adultos na meia-idade sobre as necessidades/solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que os seus pais estão a envelhecer? - Que necessidades/solicitações espera vir a ter decorrentes do envelhecimento dos seus pais? - Já falaram em família sobre o processo de envelhecimento? - Já falaram em família sobre medidas a tomar perante alterações na dinâmica familiar decorrentes do processo de envelhecimento dos seus pais?
	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as expectativas dos filhos adultos na meia-idade 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que o seu EF o poderia ajudar a preparar-se para a vivência do processo de envelhecimento dos

<p style="text-align: center;">IV</p> <p style="text-align: center;">Expectativas relativas ao EF</p>	<p>atribuídas ao papel do EF enquanto promotor da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido.</p>	<p>seus pais?</p> <p>- Em que medida? (se foi referido anteriormente)</p>
<p style="text-align: center;">V</p> <p style="text-align: center;">Conclusão da Entrevista</p>	<p>- Aprofundar temas que o sujeito participante considere importantes e pertinentes para o estudo.</p>	<p>- Gostaria de acrescentar mais alguma informação para além da que já referiu?</p> <p>- Agradecer a disponibilidade e a colaboração;</p> <p>- Dar por encerrada a entrevista.</p>

APÊNDICE V – Guião de Condução de Grupo Focal (grupo composto pelos EFs) e Diapositivos de Apresentação em PowerPoint

GUIÃO DE CONDUÇÃO DE GRUPO FOCAL (grupo composto pelos EFs)

PARTE I – Questionário de Caracterização Socioprofissional do Sujeito Participante

Código alfanumérico: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

- Sexo: Masculino Feminino
- Idade: _____
- Categoria Profissional: _____
- Tempo de Serviço: _____
- Tempo de Serviço nos CSP: _____
- Formação na Área da Família: Sim Não

PARTE II

Blocos Temáticos	Objetivos	Informações/Questões-Chave
<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Legitimação da Entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista; - Motivar o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do entrevistador; - Informar os elementos do grupo (EFs) sobre o tema e os objetivos do estudo, através de apresentação em PowerPoint; - Pedir a colaboração dos elementos do grupo para a continuação do estudo; - Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos elementos do grupo; - Solicitar autorização para a realização da entrevista e gravação áudio da mesma; - Obter o consentimento informado de cada elemento do grupo.
<p style="text-align: center;">II</p> <p style="text-align: center;">Percepções sobre as Práticas de Enfermagem de Família Promotoras da Relação Filial em Idade Adulta Avançada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar a percepção dos elementos do grupo (EFs) relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade, quando integrados em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido; - Promover a interação e a discussão entre os elementos do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordam os filhos na meia-idade no sentido de os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais? - Que tipo de abordagem realizam? (se respondido afirmativamente na primeira questão) - Porque acham que isso acontece? (se respondido negativamente na primeira questão) - Consideram importante preparar antecipadamente os filhos na meia-idade para o processo de envelhecimento dos seus pais? Porquê?
<p style="text-align: center;">III</p> <p style="text-align: center;">Análise dos dados da Fase 1:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar aos elementos do grupo (EFs) a análise dos dados da Fase 1 relativos: (i) às expectativas dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Expor a análise dos dados através de apresentação em PowerPoint; - Qual a vossa opinião relativamente ao exposto?

<p>Expectativas relativas ao EF e Orientações para a ESF</p>	<p>utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre o papel do EF enquanto promotor da relação filial em famílias em estadio de ciclo vital envelhecido;</p> <p>(ii) às orientações sugeridas pelos utentes (filhos adultos na meia-idade), para um exercício de ESF promotor da relação filial, dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido;</p> <p>- Promover a reflexão entre os elementos do grupo.</p>	
<p>IV</p> <p>Orientações para a ESF</p>	<p>- Solicitar aos elementos do grupo (EFs) sugestões de orientações para um exercício de ESF promotor da relação filial, dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.</p>	<p>- Considerando o foco debatido: o EF enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada, o que consideram que poderiam implementar na vossa prática para preparar antecipadamente os filhos na meia-idade para o processo de envelhecimento dos seus pais?</p>
<p>V</p> <p>Conclusão da Entrevista</p>	<p>- Aprofundar aspetos que os elementos do grupo (EFs) considerem importantes e pertinentes abordar no contexto da entrevista.</p>	<p>- Gostariam de acrescentar mais alguma informação para além da que já referiram?</p> <p>- Agradecer a disponibilidade e a colaboração;</p> <p>- Dar por encerrada a entrevista.</p>

DIAPPOSITIVOS DE APRESENTAÇÃO EM POWERPOINT

O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada

Projeto de Estágio - GRUPO FOCAL

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (2º ANO, 2º SEMESTRE)
ESTÁGIO PROFISSIONAL - USF RAINHA D. TEREZA - SETEMBRO DE 2019 A
FEVEREIRO DE 2020

Mestranda: Ana Filipa Pereira
Supervisor: Eniª Sandra Almeida
Orientação Científica: Professora Doutora Helena Loureiro

13 de fevereiro de 2020

Tema do Projeto de Estágio

No âmbito da promoção da saúde familiar, o tema deste projeto centra-se
no **enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada**

Objetivos do Projeto de Estágio

Objetivo Geral:
Co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com enfermeiros de família, orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estado de ciclo vital envelhecido.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as perceções dos utentes (filhos adultos na meia-idade) sobre as necessidades e solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, bem como as expectativas por si atribuídas ao papel do enfermeiro de família, enquanto promotor da relação filial em famílias que se encontrem num estado de ciclo vital envelhecido;
- Explorar a perceção dos enfermeiros de família relativamente às suas práticas de promoção da relação filial dirigidas a filhos adultos na meia-idade, quando integrados em famílias que se encontrem num estado de ciclo vital envelhecido;
- Propor orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial, dirigidas a famílias que se encontrem num estado de ciclo vital envelhecido.

Enfermeiros de Família - USF Rainha D. Tereza

Perceções sobre as Práticas de Enfermagem de Família Promotoras da Relação Filial em Idade Adulta Avançada

Análise dos Dados da Fase 1

- Expectativas dos filhos adultos na meia-idade sobre o papel do enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em famílias em estado de ciclo vital envelhecido
- Orientações sugeridas pelos filhos adultos na meia-idade, para a Enfermagem de Saúde Familiar promotora da relação filial em famílias em estado de ciclo vital envelhecido

Análise dos Dados da Fase 1

Considera que o seu enfermeiro de família o poderia ajudar a preparar-se para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais?

↓

SIM! → **PORQUE...**

Enfermeiro de Família considerado como um elemento externo à família, constituindo-se um FACILITADOR do processo de envelhecimento em família

- > Filhos não despertados para o processo de envelhecimento dos pais
- > Filhos sem coragem para abordar esta temática junto dos pais
- > Pais que, quando abordados pelos filhos, podem omitir aquilo que pensam ou descredibilizar a abordagem que os filhos lhe façam

"(...) nem há um conhecimento [relativamente às características inerentes à idade] e se calhar...nem estamos a pensar no que vai acontecer amanhã ou depois ou além (...) a interação entre pais e filhos e o enfermeiro, acho que seria muito bom!" (E-05)

"Se calhar também não temos coragem de lhes perguntar diretamente: "olha quando tu ficares velha, velhinha, o que é que tu preferes (...)" (...) acho que uma pessoa de fora teria mais capacidade, de saber como é que nos havia de dizer as coisas, de lidar com a situação. (...) Os nossos pais nunca nos vão dizer: "eu quero isto, eu quero aquilo!" (...) se for outra pessoa que lhes pergunte, (...) são capazes de ser mais sinceros (...)" (E-01)

Enfermeiro de Família considerado como um PROFISSIONAL EXPERIENTE, conhecendo, acompanhando e apoiando as famílias ao longo do seu ciclo vital, promovendo a sua saúde

- > Profissional que promoverá um apoio psicológico à família - considerando as vicissitudes do envelhecimento
- > Profissional que desenvolverá uma enfermagem de saúde familiar promotora da relação filial em idade adulta avançada

"Eu sei que a função do enfermeiro não é psicologia, mas eu acho que vocês têm um bocadinho esse lado...não é só fazer um curativo, também têm um bocadinho esse lado psicológico e eu acho que as duas coisas em conjunto que ajudam uma família. (...) primeiro conhece a família (...) já sabe que aquela família não é muito presente e já aborda de uma forma mais fácil." (E-03)

"Eu penso que sim, agora como não sei...nem que seja nos dar opiniões e saber como interagir com a pessoa idosa...nós não temos prática, certo?" (E-02)

"(...) [o enfermeiro] tem mais histórias, em apoiar diferentes situações... (...) tendo essa vivência tanto com bebés como com pessoas mais idosas, acho que são uma das pessoas que mais pode informar os filhos nesta situação." (E-10)

Análise dos Dados da Fase 1

Em que medida o seu enfermeiro de família o poderia ajudar a preparar-se para a vivência do processo de envelhecimento dos seus pais?

↓

Orientações para a Enfermagem de Saúde Familiar

Orientações

- > Dar a conhecer o enfermeiro de família aos seus utentes, para que estes possam conhecer a abrangência do seu trabalho e, assim, se promova uma maior parceria de cuidados entre o enfermeiro de família e as respetivas famílias

"(...) eu nem sei quem é a minha enfermeira de família...calha bem..." (E-09)

"Uma medida que poderia ser útil, era promover, também, o enfermeiro de família (...) porque ao promover o enfermeiro de família (...) o relacionamento entre o enfermeiro e as famílias que apoiava, torna-se um bocadinho mais informal...e acho quando as coisas se tornam mais informais...é mais fácil passar a informação do que seja algo mais forçado, mais institucional (...)" (E-10)

Orientações

- > Transmitir conhecimento relativo às características do processo de envelhecimento e a patologias a ele associadas - representativas de limitações no futuro
- > Informação/Ensinos
- > Formação

"Começando-nos a dar uns conselhos e informar do que vai acontecendo de ano para ano (...) e o que traz o envelhecimento, também para termos uma noção de como temos que lidar nessas etapas (...) que é inevitável porque vai acontecer...para nós estarmos mais atentos..." (E-05)

"Neste momento, aquilo que se calhar mais me preocupava, a mim, nesta fase, era com algum problema que fosse mais forte em termos de demência, o que é que nós podíamos responder perante os pais quando acontecesse algo de demência mais acentuado..." (E-10)

Orientações

- > Aumentar a literacia em saúde das famílias que se encontrem num estado de ciclo vital envelhecido

*"(...) uma sessão de horas, se calhar há pequenas dicas que a gente aprendia ou ouvia nessa formação ou informação que se calhar nos ia alertar para outras coisas que se calhar a gente acha que até tá normal e nem estarão!
(...) atitudes, ações...se calhar a maneira como falamos no dia-a-dia que alerte para sinais de demência (...) e se calhar depois até ter à vontade de chegar à beira da enfermeira e dizer assim: "oh senhora enfermeira... (...) a minha mãe fez isto ou disse aquilo (...) acha que tá normal?" (E-07)*

Orientações

- > Transmitir Informação/Ensinos e realizar Formação através:
 - ✓ criação de um gabinete sénior
 - ✓ consulta temática familiar, a envolver todos os filhos
 - ✓ sessão/palestra em grupo, a envolver outras famílias que se encontrem na mesma etapa do ciclo vital familiar
 - ✓ consultas de rotina a idosos onde não se verifica um apoio/acompanhamento por parte dos seus filhos, alertando para a necessidade de intervenção nesta família

"Dizer o que cada idoso ou cada pessoa vai passar nas suas fases mais ou menos (...) porque nós não temos noção...como é que uma pessoa age ou a necessidade que precisa aos 60, 70, 80 90...conforme temos um gabinete infantil porque não ter um gabinete sénior?" (E-02)

"(...) tanto o facto de vir cá a uma consulta normal e introduzirem esse tema, acho que é bom... mas se fosse só dirigido a esse tema, seria ainda melhor! (...) juntarem-se todos [os irmãos] e todos terem a noção do que vai acontecendo daqui para a frente (...), é terem todos a noção!" (E-05)

"Até podia haver palestras sobre este assunto! (...) aqui [USF] não tem condições, mas poderia a câmara disponibilizar um sítio (...) um dia por mês e, reunimo-nos lá (...), que é muito importante!" (E-04)

"(...) vocês veem os doentes que estão debilitados, que estão desamparados, chegam aqui sempre sozinhos (...) não há um filho, não há ninguém ali responsável para ver como é que as coisas estão (...) os doentes virem aqui (...) aquelas consultas de rotina (...) e eu acho que só vocês é que conseguem...nesta família a gente tem que entrar...fazer este trabalho de abordagem." (E-03)

Orientações

- > Transmitir Informação/Ensinos e realizar Formação com uma periodicidade variável
 - ◆ Semanal
 - ◆ Mensal
 - ◆ 2 em 2 meses
 - ◆ 3 em 3 meses
 - ◆ 2 a 3 vezes no ano
 - ◆ 2 em 2 anos

Análise dos Dados da Fase 1

Na perspectiva dos filhos adultos na meia-idade, atualmente, a abordagem por parte do enfermeiro de família no sentido de os preparar antecipadamente para o processo de envelhecimento dos seus pais é **nula ou insuficiente**

... nula ou
insuficiente ...

"Neste momento não há nada! Que eu saiba não há nada, nada que nos ajude...(pausa) para depois lidar com essas situações! (...) não há, não há...por isso é bom que o estudo vá para a frente!" (E-07)

"(...) o enfermeiro - quando digo o enfermeiro, digo todo o espectro médico - acho que não tem essa iniciativa tão grande para com os de mais idade, do que para com os mais novos...(...) acho que há mais essa tendência do enfermeiro falar sobre crianças do que falar sobre; então já pensou como vão lidar com os seus pais daqui a uns dias? Sim...acho que em termos de informar com antecedência, se calhar há um bocadinho de falta." (E-10)

Enfermeiros de Família - USF Rainha D. Tereza

Qual a vossa opinião relativamente
ao exposto?

Enfermeiros de Família - USF Rainha D. Tereza

Foco debatido: o enfermeiro de família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada...

O que consideram que poderiam implementar na vossa prática para preparar antecipadamente os filhos na meia-idade para o processo de envelhecimento dos seus pais?

Orientações para a Enfermagem de Saúde Familiar

Enfermeiros de Família - USF Rainha D. Tereza

OBRIGADA
pela vossa disponibilidade e
colaboração!!!

APÊNDICE VI – Declaração de Consentimento Informado aos Sujeitos Participantes

**Declaração de Consentimento Informado - Indivíduos inscritos na USF Rainha D.
Tereza**



utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO



Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com o Código de Nuremberga, a Declaração de Helsínquia e o Relatório de Belmont)

Serve o presente documento como convite a participar num estudo cuja temática é “**O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada**”.

Peço, por favor, que leia atentamente a informação que se segue sobre a apresentação do estudo e, se tiver alguma dúvida, não hesite em solicitar mais informações.

Enquadramento: Este estudo de investigação será realizado pela Enfermeira Ana Filipa Domingues Pereira, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, resultante do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação científica da Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro.

Explicação do estudo: Este estudo será de natureza qualitativa e visa, considerando a família com relações filiais em idade avançada, conhecer, por um lado, como percecionam os filhos adultos na meia-idade, as necessidades e solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, numa perspetiva futura e quais as suas expectativas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da relação filial; e por outro, explorar como os enfermeiros de família percecionam a abordagem da promoção da relação filial, dirigida a filhos adultos na meia-idade. O objetivo principal deste estudo consiste em co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com enfermeiros de família, orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

Método de Colheita de Dados: Pretende-se realizar uma entrevista semiestruturada individual, com gravação em áudio. O discurso será, posteriormente, transcrito e citado, total ou parcialmente, no estudo; mantendo-se o anonimato dos participantes.

Local de Colheita de Dados: O local será designado o mais conveniente e confortável ao participante, podendo ser num gabinete da USF ou em contexto de visitação domiciliária.

Condições: A participação no estudo não traz nenhuma contrapartida para o participante. É de carácter voluntário sem prejuízos assistenciais, poderão desistir a qualquer momento e não há qualquer consequência para quem se recusar a participar. O estudo foi precedido de um parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, assim como da autorização da Coordenadora da USF.

Confidencialidade e anonimato: Garante-se que todos os dados são confidenciais, ficando apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para a investigação. As entrevistas serão anónimas e apesar de serem gravadas em áudio, de serem transcritas e citadas, total ou parcialmente, no estudo, serão identificadas pela investigadora através de códigos alfanuméricos. Após a realização do estudo, e de acordo com as normas do Regulamento Geral de Protecção de Dados 2016/679, as entrevistas serão apagadas.

Desde já **agradeço a sua colaboração, disponibilidade e autenticidade**. O seu contributo é indispensável para melhorar práticas futuras no âmbito da Enfermagem.

Se concorda com a proposta que lhe é feita, assine este documento.

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais adicionais que me foram dadas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato”.

"Declaro que aceito participar no estudo de investigação, acima descrito"	
Assinatura:	Data:
Responsável pelo estudo: Ana Filipa D. Pereira E-mail: a30506@ua.pt Contato telefónico: 919405533	

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E DEVE SER ASSINADO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE PARTICIPA E CONSENTE.

Declaração de Consentimento Informado - EFs pertencentes à equipa de enfermagem da USF Rainha D. Tereza



utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO



Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com o Código de Nuremberga, a Declaração de Helsínquia e o Relatório de Belmont)

Serve o presente documento como convite a participar num estudo cuja temática é “**O Enfermeiro de Família enquanto promotor da relação filial em idade adulta avançada**”.

Peço, por favor, que leia atentamente a informação que se segue sobre a apresentação do estudo e, se tiver alguma dúvida, não hesite em solicitar mais informações.

Enquadramento: Este estudo de investigação será realizado pela Enfermeira Ana Filipa Domingues Pereira, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, resultante do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob orientação científica da Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro.

Explicação do estudo: Este estudo será de natureza qualitativa e visa, considerando a família com relações filiais em idade avançada, conhecer, por um lado, como percecionam os filhos adultos na meia-idade, as necessidades e solicitações decorrentes do envelhecimento dos seus pais, numa perspetiva futura e quais as suas expectativas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da relação filial; e por outro, explorar como os enfermeiros de família percecionam a abordagem da promoção da relação filial, dirigida a filhos adultos na meia-idade. O objetivo principal deste estudo consiste em co-construir, com filhos adultos na meia-idade e com enfermeiros de família, orientações para um exercício de enfermagem de saúde familiar promotor da relação filial dirigido a famílias que se encontrem num estadio de ciclo vital envelhecido.

Método de Colheita de Dados: Pretende-se realizar uma entrevista de grupo focal, com gravação em áudio. Através desta entrevista, pretende-se envolver um grupo, para discutir um tema, particular e específico; sob controlo da investigadora, que guiará a interação e discussão. Os discursos serão, posteriormente, transcritos e citados, total ou parcialmente, no estudo; mantendo-se o anonimato dos participantes.

Local de Colheita de Dados: Um dos gabinetes da USF.

Condições: A participação no estudo não traz nenhuma contrapartida para o participante. É de carácter voluntário sem prejuízos assistenciais, poderão desistir a qualquer momento e não há qualquer consequência para quem se recusar a participar. O estudo foi precedido de um parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, assim como da autorização da Coordenadora da USF.

Confidencialidade e anonimato: Garante-se que todos os dados são confidenciais, ficando apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para a investigação. A entrevista será anónima e apesar de ser gravada em áudio, de ser transcrita e citada, total ou parcialmente, no estudo, os discursos dos participantes serão identificados pela investigadora através de um código alfanumérico atribuído a cada participante. Após a realização do estudo, e de acordo com as normas do Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679, a entrevista será apagada.

Desde já **agradeço a sua colaboração, disponibilidade e autenticidade**. O seu contributo é indispensável para melhorar práticas futuras no âmbito da Enfermagem.

Se concorda com a proposta que lhe é feita, assine este documento.

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais adicionais que me foram dadas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato”.

"Declaro que aceito participar no estudo de investigação, acima descrito"	
Assinatura:	Data:
Responsável pelo estudo: Ana Filipa D. Pereira E-mail: a30506@ua.pt Contato telefónico: 919405533	

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E DEVE SER ASSINADO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE PARTICIPA E CONSENTE.

