



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Eunice Raquel Gonçalves Pedro

Coimbra, novembro de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A conjugalidade de casais em “geração sanduíche”: Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Eunice Raquel Gonçalves Pedro

Orientadora: Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira,
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Beatriz de Oliveira Xavier, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde
Familiar.

Coimbra, novembro de 2023

“Assim sofrem aqueles que abrem caminhos, assim caem aqueles que se lançam ao vazio, mas estendem uma ponte para que outros a cruzem.”

Florence Nightingale

Agradecimentos

E porque na vida não são as coisas que nos marcam, mas sim as pessoas que têm o dom de jamais serem esquecidas, agradeço com especial atenção:

Ao meu marido, às minhas filhas, aos meus pais e restante família extensa pela compreensão e paciência nas ausências, mas acima de tudo, pelo incentivo e carinho nesta caminhada.

À minha orientadora, a Senhora Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira, por aceitar com disponibilidade total orientar-me com o seu conhecimento, experiência, críticas e sugestões para me superar no conhecimento e prática profissional. Acima de tudo, pela confiança, apoio, incentivo, respeito e amizade com que me presenteou ao longo deste percurso.

À Senhora Professora Doutora Beatriz Xavier, pela coorientação demonstrada com total disponibilidade, ajuda e incentivo.

À Enfermeira Eugénia Mesquita, que além da irrepreensível orientação e aprendizagens proporcionadas, foi incansável na paciência, carinho, motivação e amizade demonstrados ao longo deste percurso, e que permaneceram além do mesmo.

À Inês confidente e cúmplice nas alegrias e angústias ao longo deste caminho, à Sara pela paciência em todas as minhas solicitações, e à Adriana pelo companheirismo nos melhores e piores momentos do percurso realizado em conjunto.

À equipa multidisciplinar de ambas as Unidades de Saúde Familiares pelo acolhimento e carinho, às famílias e utentes que se cruzaram comigo neste caminho, demonstrando total disponibilidade para colaborarem com este trabalho.

Às amigas do serviço de Medicina Interna D - CHUC, pelo apoio nesta caminhada.

À Senhora Professora Coordenadora do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Professora Doutora Margarida Silva pela persistência e tenacidade para a concretização do mesmo e, acima de tudo pelo seu apoio e disponibilidade constantes.

À equipa de docentes deste mestrado, pela partilha do conhecimento.

Muito Obrigado!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde Primários

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEECAESF - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

CSAD - Cuidado Simultâneo a Ascendentes e a Descendentes

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVF - Ciclo Vital da Família

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EOC - Enfermeira Orientadora Cooperante

EOC's - Enfermeiras Orientadoras Cooperantes

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

CBF - Cuidar Baseado nas Forças

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIN@-UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos Enfermeiros

PORDATA - Base de dados de Portugal Contemporâneo

SINUS - Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

SNS - Serviço Nacional da Saúde

UR - Unidades de Registo

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Este relatório retrata o processo de aquisição e desenvolvimento de competências regulamentadas para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como objetivos: analisar a aquisição de competências comuns e específicas, no decorrer dos estágios; e expor os resultados de um estudo empírico a partir de uma questão emergente da prática que informa a necessidade de se criar evidência. No primeiro capítulo descrevem-se as atividades clínicas desenvolvidas no processo de cuidados às famílias nos estágios em duas Unidades de Saúde Familiar, e no segundo capítulo descreve-se a investigação realizada a partir da identificação de uma questão da prática clínica: “Quais as implicações na satisfação conjugal de casais em “geração sanduíche”, decorrentes do cuidado simultâneo a ascendentes e descendentes?”.

A exigência do cuidado intergeracional tem implicações na conjugalidade de casais em “geração sanduíche”. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é o agente facilitador da adaptabilidade e funcionalidade conjugal.

Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem qualitativa. A amostra foi intencional, constituída por 10 casais em “geração sanduíche” (n = 20 indivíduos). Foi realizada uma entrevista estruturada para recolha da informação, cujo o tratamento e análise foram sustentados nos pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2014), com categorias fundamentadas no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

Os casais em “geração sanduíche” perceberam implicações na sua conjugalidade inerentes ao cuidado simultâneo a ascendentes e a descendentes, contudo demonstram satisfação com a mesma, evidenciando que as estratégias de coping mobilizadas pelos mesmos foram eficazes no contexto supracitado. Conclui-se que houve reorganização conjugal e redefinição de papéis familiares, traduzidos na adaptação dos casais no processo de transição inerente ao cuidado intergeracional sem prejuízo do desenvolvimento conjugal. Percecionam no Enfermeiro de Família além da competência técnica, um recurso externo facilitador do cuidado simultâneo aos ascendentes e descendentes, e do desenvolvimento conjugal e familiar.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar; Geração Sanduíche; Casais; Satisfação Conjugal; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

ABSTRAT

This report portrays the process of acquisition and development of regulated competencies for the professional practice of the Nurse Specialist in Community Nursing - Family Health Nursing Area, with the following objectives: analyzing the acquisition of common and specific competencies, during internships; and present the results of an empirical study based on an emerging issue in practice that informs the need to create evidence. The first chapter describes the clinical activities developed in the process of caring for families during internships in two Family Health Units, and the second chapter describes the investigation carried out based on the identification of a clinical practice issue: “What are the implications in the marital satisfaction of couples in the “sandwich generation”, resulting from simultaneous care for ascendants and descendants?”

The requirement for intergenerational care has implications for the conjugality of couples in the “sandwich generation”. In this context, the Nurse Specialist in Family Health Nursing is the facilitator of marital adaptability and functionality.

A descriptive-exploratory, cross-sectional study was carried out, with a qualitative approach. The sample was intentional, consisting of 10 couples in the “sandwich generation” (n = 20 individuals). A structured interview was carried out to collect information, whose treatment and analysis were based on the assumptions of Bardin's content analysis (2014), with categories based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (Figueiredo, 2012).

Couples in the “sandwich generation” perceived implications in their conjugality inherent to the simultaneous care of ascendants and descendants, however, they demonstrated satisfaction with it, showing that the coping strategies by them mobilized were effective in the aforementioned context. It is concluded that there was marital reorganization and redefinition of family roles, translated into the adaptation of couples in the transition process inherent to intergenerational care without compromising marital development. They perceive the Family Nurse, in addition to technical competence, as an external resource that facilitates simultaneous care for ascendants and descendants, and marital and family development.

Keywords: Family Nursing; Sandwich Generation; Couples; Marital Satisfaction; Dynamic Family Assessment and Intervention Model

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias fundamentadas no MDAIF74

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – ATIVIDADES CLÍNICAS	21
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	21
1.1. CARATERIZAÇÃO DOS FICHEIROS DAS EQUIPAS DE SAÚDE FAMILIAR	25
2. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À UNIDADE FAMILIAR	27
2.1 ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	30
2.1.1. A avaliação e intervenção na unidade familiar	31
2.2. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DA FAMÍLIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	54
3. LIDERANÇA E COLABORAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	59
CAPÍTULO II – ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO	63
1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	63
1.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	68
1.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
1.2.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	75
1.2.2. Caraterização dos ascendentes e o contexto dos cuidados	78
1.2.3. Caraterização dos descendentes e o contexto dos cuidados	85
1.2.4. A satisfação conjugal de casais em “geração sanduíche”	88
1.2.4.1. Relação dinâmica do casal	91
1.2.4.2. Comunicação do casal.....	97
1.2.4.3. Interação sexual.....	103

1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	106
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA.....	115

ANEXOS

ANEXO I - Populações inscritas nas USF's A e B - caracterização demográfica

ANEXO II – Populações inscritas nos ficheiros das equipas de saúde familiares das USF's A e B – caracterização demográfica

ANEXO III - Certificados de apresentação do Projeto de Melhoria Contínua: *“Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário.”*

ANEXO IV - Autorização do coordenador da USF B

ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética Administração da Região de Saúde do Centro e autorização para acesso a dados dos processos familiares dos utentes

APÊNDICES

APÊNDICE I - Crónica: *“Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa.”*

APÊNDICE II - *Post* para o *Facebook* da USF A – O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar - Dia Internacional da Família.

APÊNDICE III - Formação no âmbito do Projeto de Melhoria Contínua: *“Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário.”*

APÊNDICE IV - Panfleto e Vídeo no âmbito da Sessão Formativa: *“Promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar.”*

APÊNDICE V - Instrumento de colheita de informação – Guião da entrevista Individual

APÊNDICE VI - Declaração de consentimento informado, esclarecido e livre entregue aos participantes no estudo de investigação

APÊNDICE VII - Proposta de protocolo de atuação com casais em “geração sanduíche”

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, o presente relatório retrata os dois momentos de estágio em contexto clínico, correspondentes às unidades curriculares da Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e do Estágio com Relatório. Reflete o desenvolvimento do conhecimento na área de ESF e do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas em Enfermagem de Saúde Familiar ao longo dos estágios supramencionados em duas Unidades de Saúde Familiar pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro, que doravante serão mencionadas como Unidade de Saúde Familiar (USF) A e USF B em função da proteção de dados.

Adensando-se as desigualdades económicas e sociais, é notório que o princípio da saúde para todos como um direito humano básico e motor do desenvolvimento das sociedades, ainda não está ao alcance dos mesmos. A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem, tem o seu enquadramento internacional na Saúde 21 representativa da orientação política de saúde para todos no século XXI na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde. Reconhecendo-a como uma unidade crucial na promoção da saúde familiar e na aquisição de comportamentos e atitudes conducentes a estilos de vida saudáveis, justifica o desenvolvimento do conceito de Enfermeiro de Família. A estes enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é-lhes destinado contribuir na promoção da saúde familiar, evidenciando o seu papel de gestor e organizador dos recursos potencializadores do sistema transformativo e auto-organizativo representado na família. Com a segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização supramencionada em junho de 2000 em Munique, é reiterado o contributo desses profissionais na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

No atual enquadramento legislativo dos CSP no panorama português preconiza-se o modelo de proximidade, enquanto contexto ideal a partir do qual o Enfermeiro de Família direciona o foco da sua prática para a família enquanto unidade de cuidados. Integrado numa equipa multidisciplinar de saúde assume uma posição privilegiada na prestação de

cuidados, na garantia do acompanhamento especializado a um grupo limitado de famílias numa área geodemográfica, enquanto unidades de cuidados nas diferentes fases do seu ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em todos os processos de vida e nos vários contextos da comunidade (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

Na componente do Estágio com Relatório, foram propostos os seguintes objetivos: desenvolver processos de prestação de cuidados especializados à família; avaliar os processos de saúde/doença no contexto da ESF; enquadrar na prática clínica a evidência científica disponível; desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares; e identificar um problema clínico passível de formulação de uma questão como fundamento para a realização de um estudo de investigação (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022).

Para concretização dos objetivos expostos anteriormente, são apresentadas e analisadas criticamente as atividades clínicas desenvolvidas na prática clínica, culminando no desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (CEEEECAESF) focadas no processo de cuidados de enfermagem à família (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, pp. 19357-19358). Posteriormente apresenta-se o trabalho de campo realizado através da concretização de atividades de investigação, resultando num estudo de investigação acerca de um problema/questão identificado na prática clínica, que conduziu à formulação da seguinte questão de investigação: “Quais as implicações na satisfação conjugal de casais em “geração sanduíche”, decorrentes do cuidado simultâneo a ascendentes e descendentes?”. A mesma foi sustentadora da realização de um estudo de investigação primária, que incidiu na temática da conjugalidade de casais em “geração sanduíche”, a partir de uma análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012).

Nas últimas décadas a sociedade portuguesa tem vindo a experienciar significativas mudanças na estrutura e organização familiar, em consequência do fenómeno demográfico do envelhecimento populacional sustentado na diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas. Este suporta-se no aumento da esperança média de vida em consequência das melhorias das condições de saúde, e simultaneamente no declínio das taxas de fertilidade e de natalidade relacionado com a

maternidade adiada para os 30 e 40 anos de idade em função do investimento da mulher na sua qualificação educacional e profissional. As inúmeras implicações do fenómeno do envelhecimento vão além do contexto social, político, laboral, económico e de proteção social, impactando simultaneamente as estruturas familiares, as relações intergeracionais e os sistemas de saúde. O envelhecimento envolvendo a perda de algumas funcionalidades é concomitante com o aparecimento da doença crónica, que por sua vez pode colocar o idoso numa situação de dependência necessitando do apoio de um cuidador (Almeida, 2013; Moniz, 2019; Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho; Targino, 2019).

Como pivô essencial no contexto do cuidado informal segundo a evidência científica, surge numa primeira instância a família (Caldas, 2003; Moniz, 2019; Sinha, 2012), em particular o cuidador em “sanduíche”, fenómeno conhecido como a “geração sanduíche” que se faz representar por adultos de meia-idade comprimidos simultaneamente entre solicitações de filhos e de pais idosos (Jesus & Wajnman, 2016; Steiner & Fletcher, 2017). Em função dessas solicitações surgem novas exigências do ponto de vista da dinâmica familiar (relações particulares intra e intergerações) e da dinâmica conjugal testadas no verdadeiro sentido da palavra pela adaptação e mudança da diversidade de papéis (marido/mulher; pai/mãe; sogro/sogra; avô/avó; filho/filha de pais idosos) e responsabilidades inerentes aos mesmos (Oliveira, 2011; Ribeiro, 2005).

As famílias experienciam processos de transição desenvolvimentais inerentes ao ciclo de vida da família (CVF). O cuidado simultâneo aos ascendentes e descendentes (CSAD) como um processo de transição situacional, envolve a reorganização dos papéis e tarefas familiares, envolvendo a readaptação, a reconstrução da dinâmica relacional familiar impelida pela inversão e aceitação da mudança de papéis geracionais, e na conseqüente readaptação de funções e tarefas familiares. Neste contexto, poder-se-ão verificar particulares implicações na *Satisfação Conjugal* de casais em “geração sanduíche”, em função da necessidade de equilibrar as várias responsabilidades subjacentes ao cuidado supramencionado e às demais responsabilidades quotidianas (Evans et al., 2016; Jesus & Wajnman, 2016; Meleis 2010).

Assente numa abordagem sistémica a prática da ESF centra-se na família como uma unidade de cuidados, potenciando a sua saúde e pontos fortes, recursos e ainda interações familiares, reconhecendo a reciprocidade entre o funcionamento da família e os problemas de saúde de cada um dos seus elementos. Requer o conhecimento da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento com o objetivo da mudança na unidade

sistémica, no sentido da harmonia entre o sistema familiar e os seus subsistemas, e o meio envolvente, tendo sido por isso a abordagem sustentadora da prática dos estágios, levando a mestranda a estabelecer um processo interpessoal terapêutico com as famílias (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Com este documento preconiza-se: descrever o processo de aprendizagem no cuidados à família; caracterizar de uma forma geral ambas as USF's onde se realizaram os dois momentos de estágio, caracterizando as populações inscritas nas mesmas; analisar a aquisição e desenvolvimento de CCEE e CEEEECAESF durante o decorrer dos estágios; e comunicar os resultados obtidos da realização do estudo de investigação, decorrente da identificação de questão/problema clínico sustentado no processo da prática baseada na evidência no âmbito da ESF.

Foram consultados e analisados documentos internos sobre a organização e funcionamento das USF's, bem como realizada pesquisa nas várias bases de dados e plataformas dos sistemas de informação em rede para sustentação das intervenções: no Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF); no website Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP); no Sistema de Informação e Documentação em Enfermagem - programa SClínico®; no Sistema de Informação nas Unidades de Saúde (SINUS). A tomada de decisão além de sustentada na pesquisa em bases de dados científicas integrando o estado da arte na ESF, teve em conta as orientações políticas de saúde nacionais e internacionais, e as orientações da OE.

O relatório estrutura-se em dois capítulos. O primeiro capítulo reporta às atividades clínicas, com a caracterização dos contextos clínicos, e a análise crítica das atividades clínicas que sustentaram o desenvolvimento de CCEE e CEEEECAESF no âmbito do processo de cuidados à família, em contexto de liderança e colaboração nos processos de avaliação e intervenção familiares. O segundo capítulo reporta-se às atividades de investigação, descrevendo: a justificação e enquadramento da problemática; a descrição dos procedimentos metodológicos; e a apresentação e discussão dos resultados. Conclui-se este documento evidenciando os principais resultados da atividade clínica e da investigação, refletindo acerca do percurso concretizado para o desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda.

CAPÍTULO I – ATIVIDADES CLÍNICAS

Neste capítulo caracterizam-se os contextos de prática clínica especializada em ESF, nomeadamente a USF A e B, onde se desenvolveu o percurso de aprendizagem em dois momentos de estágio distintos. Assim, descrevem-se e analisam-se as atividades clínicas desenvolvidas e que sustentaram o processo de cuidados às famílias, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de CCEE e CEEECAESF.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

As USF's A e B pertencem ambas à Administração Regional de Saúde do Centro, integrando o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde são prestados serviços de saúde personalizados às famílias nelas inscritas, em articulação com outras unidades funcionais do ACES e outras instituições de saúde. Possuem autonomia técnica, organizacional e funcional, sendo organizadas com base no modelo de desenvolvimento B ao abrigo do Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. Regem a sua atividade por consensos de equipas de saúde familiar mediante as normas orientadoras, os procedimentos, e os objetivos estabelecidos pelo respetivo conselho técnico geral. Constituem-se por um médico, um EF e um assistente técnico, que são corresponsáveis pela qualidade do desempenho e resultados atingidos na prestação de cuidados de saúde. Assumem o compromisso de garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde personalizados aos utentes e respetivas famílias (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).

Na USF A prestam cuidados de saúde seis equipas de saúde familiar num único polo de saúde, e na USF B sete equipas de saúde familiar em três polos de saúde representados pela sede e em duas extensões. A USF A desenvolve a sua atividade numa área de abrangência mais ruralizada e, a USF B nos dois tipos de áreas de abrangência: rural (extensões); e urbana (sede) (conforme Reg. Interno das USF's A e B ocultados devido à proteção de dados).

A missão da USF A passa pela prestação de cuidados de saúde globais e personalizados, de qualidade à população nela inscrita com responsabilidade, competência e garantia à sua acessibilidade, contribuindo para a vigilância e promoção da sua saúde através de

ações de prevenção, diagnóstico e continuidade de cuidados. Visiona a garantia de um desempenho que sirva de referencial na garantia da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados prestados aos utentes, sem descuidar a satisfação dos profissionais em funções na mesma. Rege-se pelos seguintes valores: a eficiência; a inovação; a organização; o planeamento; o rigor; a consistência; a continuidade; a dinâmica; a avaliação; e a acessibilidade. Por sua vez, a USF B tem como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência de forma integral, contínua, eficiente e de qualidade aos cidadãos e famílias nela inscritas, no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença. Visiona ser uma unidade de referência quanto à satisfação dos utentes nela inscritos e seus profissionais, prestando cuidados com qualidade. As suas equipas de saúde familiar reconhecem a saúde como um direito de cidadania resultante das condições de vida, logo o envolvimento dos utentes e das suas famílias nos cuidados de saúde é crucial não sendo descuidado. Norteia a sua prática: pela ética e deontologia no cuidar; pelo rigor nos procedimentos; pela transparência nas atitudes; pela equidade nos cuidados; pela frontalidade perante os pares; e na coesão das equipas. Ambas as USF's valorizam e promovem o contacto próximo, acessível e promotor de comportamentos de vida saudáveis a interiorizar pelos utentes e respetivas famílias (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022a; Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022b).

Ao abrigo da Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro, ambas as unidades funcionam baseadas num modelo de gestão participada por objetivos, com uma carteira básica de serviços definidas na legislação e com atualização sempre que necessário, fazendo delas parte assistencial nas consultas: de visita domiciliária; de situação aguda; de intersubstituição; e dos programas de saúde preconizados pela Direção-Geral da Saúde reportando ao planeamento familiar, à saúde materna, à saúde infantil e juvenil, à saúde do adulto, à hipertensão arterial, diabetes mellitus e rastreio oncológico. Envolve ainda as consultas de visita domiciliária (doravante denominadas de visita domiciliária (VD)) (conforme regulamento interno das USF's A e B ocultados devido a proteção de dados).

Atendendo ao exposto no Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, nas suas áreas de abrangência, ambas as USF's além dos serviços disponibilizados, colaboram com outras USF's e outros profissionais do agrupamento na garantia da prestação de cuidados de saúde, articulando e colaborando com outros serviços e especialidades como as Unidades de Cuidados na Comunidade e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, nos quais estão integrados os serviços de Psicologia, Psiquiatria, Nutrição, Saúde Pública e

Serviço Social. No contexto de articulação informática, partilham recursos por forma a potenciar o seu funcionamento como: o sistema de registo e documentação – programa SClinico[®] (doravante designado SClinico[®]) SINUS, MIM@UF (conforme regulamento interno das USF's A e B ocultados devido a proteção de dados).

As enfermeiras orientadoras cooperantes (EOC's), orientaram as atividades clínicas desenvolvidas pela mestranda, sendo responsáveis por um ficheiro de utentes e respetivas famílias, demonstrando a sustentabilidade da prática clínica no modelo assistencial de enfermagem preconizado para as USF's, ou seja, o “modelo integrado” de cuidados de proximidade com o foco de atenção nas famílias. Indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) ambas as USF's são orientadas no modelo supracitado, aplicando o método de organização dos cuidados de enfermagem de Enfermeiro de Família. Neste sentido as EOC's representaram uma referência e um suporte qualificado numa perspetiva de intervenção em rede e equipa multidisciplinar, indo ao encontro das necessidades dos utentes e das suas famílias à sua responsabilidade, com a garantia da prestação de cuidados ao longo do seu ciclo vital, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (conforme regulamento interno das USF's A e B ocultados devido a proteção de dados).

Silva (2016) constatou no seu estudo que a falta de formação na área de ESF e na área dos sistemas de informação, não são favoráveis à visibilidade dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em congruência com essa realidade da prática clínica em ambas as USF's, os enfermeiros não orientam a sua prática por nenhum modelo particular de avaliação e intervenção familiar, contudo o SClinico[®] suporta-se no MDAIF desenvolvido por Figueiredo (2012), representando um passo significativo para o incremento dos indicadores de ESF, tornando visíveis os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF. Não obstante, continua parca a documentação do processo de enfermagem à família no “processo familiar” no programa de Saúde da Família, condicionando a evidência da avaliação, diagnóstico e intervenção familiar.

Segue-se uma breve descrição da distribuição dos dados retratados nos gráficos correspondentes às Figuras 1 e 2 expostas no Anexo I, correspondentes à caracterização demográfica das populações inscritas em ambas as unidades.

Em conformidade com os indicadores disponibilizados no website do BI-CSP em junho de 2022, a USF A (Figura 1) apresentava um total de 9490 utentes inscritos,

predominando a população feminina e o grupo etário dos [45-64] anos. Reportando à fonte de dados supramencionada, a USF B (Figura 2) em dezembro de 2022 apresentava 11645 utentes inscritos, predominando à semelhança da USF A, a população feminina e o grupo etário dos [40-64] anos. Ambas as pirâmides etárias apresentavam uma base estreita, com uma maior concentração de utentes na faixa etária entre os 40 e os 65 anos de idade (adultos de meia idade), sendo perceptível a tendência para o envelhecimento da população em correspondência aos dados nacionais e aos do município (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022a; Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022b; Instituto Nacional de Estatística - PORDATA, 2022; Instituto Nacional de Estatística-PORDATA, 2023a).

Constatou-se que a diferença entre géneros era à data muito equivalente em ambas as unidades, com 4420 utentes do sexo masculino e 5070 utentes do sexo feminino inscritos na USF A, aproximando-se dos 5487 utentes do sexo masculino e 6148 utentes do sexo feminino inscritos na USF B (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022a; Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022b).

Resultando o índice de dependência total da relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, verificou-se que o índice de dependência total na USF A foi de 54,06%, com 36,02% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 18,04% de dependência de jovens. À semelhança da realidade anterior, na USF B os mesmos índices foram de 61,17%, com 42,43% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e com 18,77% de dependência de jovens. Sugere-se que a discrepância entre os indicadores de ambas as unidades ainda que pouco marcada, poderá relacionar-se com a área geográfica de abrangência assistencial da USF B (duas extensões de prestação de cuidados de saúde em meio rural). Ambas as populações eram equiparadas quanto ao número de mulheres inscritas em idade fértil (15-49 anos). Assim, da população total inscrita na USF A 24,7% representam as 2033 mulheres na idade referida, da mesma forma que da população total inscrita na USF B 20,13% representam as 2345 mulheres em idade fértil. Sugere-se que esta discreta discrepância de dados se deva ao fato da USF B ter um polo assistencial em meio urbano, com tendência a uma população inscrita ativa e jovem (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022a; Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022b). Constata-se que nas áreas geográficas de abrangência da atividade de ambas as USF's, a tendência é para a assistência a populações tendencialmente envelhecidas, envolvendo necessidades acrescidas de cuidados de saúde.

Quanto ao desempenho assistencial (avaliado pelo Índice de Desenvolvimento Geral) ambas as USF's alcançaram resultados equiparados. Em 2022 a USF A atingiu 71, 60% dos 109 indicadores contratualizados, e por sua vez, no mesmo ano a USF B atingiu 84,5% dos 112 indicadores contratualizados (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022a; Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022b).

1.1. CARATERIZAÇÃO DOS FICHEIROS DAS EQUIPAS DE SAÚDE FAMILIAR

Atendendo ao recomendado no artigo 9º presente no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, remetendo à organização e funcionamento das USF's, e em simultâneo de acordo com os critérios de qualidade e segurança definidos pela OE no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem "(...) a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (...)." (p. 128). Consideram-se dotações de enfermeiros adequadas, quando cumprido o rácio de um enfermeiro por 1550 clientes ou de um enfermeiro por 350 famílias. Dado que a prestação dos cuidados de enfermagem nestas unidades é centrada nas famílias desde a sua conceção até à morte, envolvendo intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação, do tratamento da doença e de cariz paliativo, o ideal seria que estas dotações fossem cumpridas e mantidas. Como se analisará de seguida este ideal não é correspondente à realidade assistencial em ambas as unidades, o que eventualmente poderá refletir-se na qualidade dos cuidados prestados aos utentes e respetivas famílias.

No âmbito do abordado anteriormente descrevem-se os dados acedidos na plataforma MIM@UF referentes às descrições gráficas expostas nas figuras 3 e 4 (Anexo II) representativas da caracterização demográfica das populações inscritas nos ficheiros das equipas de saúde familiar de ambas as USF's. Analisando a figura 3, em junho de 2022 estavam inscritos 1770 utentes e 662 famílias, ou seja, a EOC (USF A) cuidava de 220 utentes e de 312 famílias a mais do que o recomendado. Na figura 4, em dezembro de 2022 estavam inscritos 1706 utentes e 771 famílias, indicando que a EOC (USF B) cuidava de 156 utentes e de 421 famílias a mais do que orientado (MIM@UF, P02.01.R05. Indicadores por enfermeiro de família, 2022). Concluindo, ambas as

unidades ultrapassavam à data o número de utentes e famílias recomendado pela OE em termos de dotações seguras, podendo dificultar a prestação dos cuidados centrados na família como unidade e nos seus elementos.

À semelhança dos dados analisados nas pirâmides etárias das populações inscritas nas listas nominais de ambas as USF's, constatou-se em ambas as pirâmides etárias dos ficheiros de utentes e respetivas famílias das equipas de saúde familiar, a revelação de uma população maioritariamente adulta na meia-idade correspondente a uma maior concentração de utentes no grupo etário dos [40-64] anos, e assim tendencialmente envelhecida. O índice de dependência total da população inscrita no ficheiro da equipa de saúde familiar da USF A (figura 3 – Anexo II) era à data de 48,99% com 26,9% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e com 22,09% de dependência de jovens, contrapondo na USF B os 56,95% de dependência de total população inscrita no ficheiro da equipa de saúde familiar da USF B, com 31,74% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e com 25,21% de dependência de jovens (MIM@UF, P02.01.R05. Indicadores por enfermeiro de família, 2022).

A caracterização dos contextos clínicos constitui uma linha orientadora da organização das aprendizagens à aquisição e desenvolvimento das CEEEECAESF: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

2. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À UNIDADE FAMILIAR

As mudanças socioeconômicas demográficas que marcam na atualidade a sociedade e conseqüentemente as dinâmicas familiares, exigem a diferenciação e especialização dos cuidados de enfermagem como parte da equação que fará a diferença na atuação de todos os enfermeiros, em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), cuja a prática especializada é promotora da mudança e adaptação familiar ao longo do desenvolvimento do CVF.

Os CSP foram alvo de várias reorganizações nos últimos anos, que culminaram em 2007 com o estabelecimento do regime jurídico da organização e do funcionamento das USF's, cujo o objetivo é proporcionar uma maior acessibilidade, qualidade e responsabilização na prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). Implica que o enfermeiro seja detentor do título de EEESF, representando o profissional de referência na prestação de cuidados à família enquanto unidade, com competências acrescidas na capacitação da mesma face às exigências e especificidades das diferentes fases do CVF, que enquanto cônjuge lhe reconhece o potencial de ser promotora da sua saúde (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho; Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho).

Considerando que as famílias não funcionam de um só modo, representando “(...) pequenos grupos complexos, nos quais ocorrem simultaneamente múltiplos processos e dinâmicas (...) não há nenhuma teoria ou estrutura conceptual da ciência social da família, de terapia familiar, ou da enfermagem que descreva totalmente a dinâmica da vida familiar.” (Hanson, 2005, p. 57). A ESF foca-se na família como uma unidade de cuidados, promovendo a saúde e bem-estar da mesma ao longo do ciclo vital (Ibidem). Enquanto área disciplinar no contexto geral da enfermagem, integrou no seu desenvolvimento várias abordagens que orientam a sua prática, investigação e educação, compondo o seu corpo de conhecimento teórico-prático específico com base em referenciais teóricos da terapia familiar, das ciências sociais, e em alguns modelos e teorias de enfermagem. Desta forma o EEESF desenvolverá o “(...) processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de acção (...)”, havendo

uma maior probabilidade do mesmo ser equacionado como um em colaboração com as mesmas em função da sua dinâmica relacional e funcionamento particulares (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005, p. 8).

O processo de enfermagem à família envolve uma abordagem lógica e sistemática na concepção e prestação de cuidados de enfermagem à unidade familiar, com o intuito da avaliação diagnóstica eficaz das necessidades familiares e implementação de intervenções adaptadas às diferentes famílias, que por sua vez detêm necessidades específicas consoante a sua dinâmica familiar. Orientado na abordagem descrita anteriormente, o Enfermeiro de Família desenvolve um plano de cuidados incrementado no bem-estar das famílias, e envolto numa comunicação bidirecional com sustentação numa relação terapêutica de confiança (Hanson, 2005).

A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis suportada na teoria da mudança, permitiu à autora colaborar na análise dos processos de transição que decorrem ao longo do desenvolvimento do CVF, onde as famílias experienciam estadios previstos e separados por transições normativas (em função das mudanças previsíveis) e não normativas (situações complexas acidentais, não previsíveis), resultantes de processos de mudanças na vida, de saúde, de relacionamentos e ambientes (Meleis, 2010). O processo de transição é singular, diverso, complexo e multidimensional, gerando os mais variados significados e respostas experienciadas individualmente (com impacto no sistema familiar), ou em família (com impacto nos seus subsistemas) sendo influenciado por fatores facilitadores ou inibidores do mesmo. Nestas circunstâncias as intervenções de enfermagem são respostas preventivas e antecipatórias (intervenção sobre crenças limitadoras da transição), quer terapêuticas (envolve a necessidade de mudar condicionantes limitadoras da transição) (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher como referido por Costa 2015); Melo, 2021).

Os eventos transacionais familiares são acontecimentos que sinalizam uma reorganização dos papéis e tarefas familiares, pelo que a ESF tendo uma ação centrada na promoção do desenvolvimento da família, proporciona o seu crescimento considerando que novos contextos requerem mudança nos seus padrões familiares (Figueiredo, 2012). Neste contexto, o EEESF detém as competências que o habilitam a interagir com as famílias em situação complexa ou de transição, tendo como dever cuidar das mesmas ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho). Atua como um agente ativo na promoção do cuidado transacional, facilitando o

processo de transição ao proporcionar conhecimentos e capacidades com o objetivo de desencadear respostas positivas ao mesmo, restabelecendo a sensação de bem-estar individual com repercussões também elas positivas na dinâmica relacional no sistema familiar (Costa, 2015).

Numa sociedade onde se refletem novas realidades socioeconômicas demográficas, emergem concomitantemente necessidades de saúde familiar, que a prática de ESF deve fazer face munindo-se de novos saberes e novas práticas.

O MDAIF surge como um referencial teórico-metodológico estruturado e validado pela Professora Doutora Maria H. J. S. Figueiredo em 2009, através de uma investigação-ação no âmbito de cuidados à família no contexto dos CSP. Emergiu em função de novas necessidades de saúde, num contexto dinâmico de novas realidades e necessidades de saúde familiar, e inevitavelmente da necessidade da emergência do desenvolvimento de novas práticas do Enfermeiro de Família (Figueiredo, 2009).

Adaptado à realidade portuguesa, sustentou-se nos pressupostos das teorias construtivistas e dos princípios da terapia familiar, baseando-se no pensamento sistémico e no Modelo de Calgary Avaliação Familiar e no Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2012), integrando os postulados, conceitos e pressupostos da ESF, e ainda termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2. Operacionaliza-se através de uma matriz operativa compreensiva da natureza das relações entre as definições através das ligações operacionais, interligando as etapas do processo de enfermagem, e que integra os seguintes elementos: áreas de atenção, dados, diagnósticos e intervenções orientadores da conceção de cuidados das práticas de cuidados de enfermagem à família. Esse processo é sustentador do julgamento clínico e da tomada de decisão clínica dos enfermeiros, não perdendo de horizonte a complexidade única de cada família. As referidas áreas de atenção familiares com relevância na prática dos cuidados de enfermagem, compõem-se das categorias avaliativas das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da unidade familiar. Concebido com o propósito de auxiliar e orientar os atuais Enfermeiros de Família a avaliar e intervir eficazmente nas famílias, a última finalidade é a preparação, o empoderamento (com competências, estratégias) da família em direção à mudança do seu desempenho cognitivo, afetivo e comportamental ao longo do continuo da evolução entre os estadios do CVF, concretizando ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de ESF (Figueiredo, 2012; Silva, 2016).

O Cuidar Baseado nas Forças (CBF) da autoria de Laurie N. Gottlieb (2016), representa uma filosofia de enfermagem centrada nas forças da pessoa (coloca-a no centro dos cuidados, definindo-a como um todo) e da família, como que essenciais para que as mesmas alcancem a saúde e o bem-estar. Na perspetiva da autora as forças são tidas como qualidades (internas e externas) especiais e únicas da pessoa e da família, que representando recursos inestimáveis de poder e energia auxiliam a pessoa e a família perante os desafios da vida. Sinónimo de capacidade, abarcam os ativos da pessoa, atitudes, atributos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e traços, podendo ser de dimensão biológica, psicológica, espiritual ou social.

O EEESF que cuida da unidade familiar, guiando-se pela abordagem do modelo supracitado e sustentado numa relação terapêutica, promove uma colheita de dados eficiente orientada na contextualização dessa unidade e das suas necessidades, reconhecendo as suas forças e recursos, orientando a própria e os seus subsistemas constituintes, não só na dinamização das mesmas, mas também na prospeção de novas forças (desocultar forças ainda não identificadas) e na transformação de défices em forças apoiando-as nas fases de maior dificuldade retratadas em crises ou eventos stressantes, bem como como nas transições desenvolvimentais ao longo do CVF. O seu propósito maior é capacitá-las no enfrentar e a superar dos desafios (necessidades familiares), das fraquezas com intuito de promover a saúde, a recuperação e a cura ao longo dos processos de transição. Só assim será exequível formular diagnósticos e realizar intervenções, com resultados sensíveis aos cuidados de ESF (Gottlieb, 2016).

2.1 ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

De seguida apresenta-se uma reflexão acerca da realização de atividades clínicas que sustentaram o processo de cuidados de enfermagem às famílias, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento: de competências comuns da Enfermagem Especializada (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) no *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como da melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão dos cuidados*; e de competências especializadas em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de Julho), nomeadamente “*Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus*

membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (p. 19357-19358).

2.1.1. A avaliação e intervenção na unidade familiar

A saúde familiar está “(...) associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros (...)” (Figueiredo, 2012, p. 49). A ESF evidencia-se como um “(...) campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico (...)” (Ibidem, 2012, p. 3). O EEESF representa o profissional de referência no acompanhamento especializado à unidade familiar ao longo do ciclo vital, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão no âmbito das suas competências específicas de acordo com as orientações do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, e que numa perspetiva da qualidade do seu exercício profissional se guia pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar expostos no Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho.

Intervindo em rede e integrando uma equipa multidisciplinar de saúde, o EEESF considera família como a unidade de avaliação e intervenção enfatizando os padrões de interação sustentadores do seu fortalecimento, potenciando as forças, recursos e competências da mesma (Figueiredo, 2009). Estabelece uma relação terapêutica promovendo a sustentação de um sistema terapêutico, centrado na interação colaborativa com as famílias à sua responsabilidade, prestando cuidados de enfermagem especializados centrando-se nos processos de mudança inerentes às transições normativas ao longo do desenvolvimento do CVF, e relacionando fatores de stresse ou crise familiar originadas em processos de transição não normativos e/ou situações complexas de saúde (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

A caracterização de ambas as USF's realizada no ponto anterior, permitiu a exploração e o conhecimento dos contextos de prática clínica especializada funcionalmente e estruturalmente, das áreas de abrangência, das populações inscritas nas suas listas nominais e do respetivo Índice de Desempenho Global. Atendendo ao descrito no *Domínio da Gestão dos Cuidados* essa atividade permitiu o desenvolvimento da

competência comum do enfermeiro especialista: “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748).

Atendendo ao exposto no *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal* foi uma exigência transversal aos dois momentos de estágio, o desenvolvimento de uma *prática ética, legal e segura*, baseando o julgamento clínico e a tomada de decisão numa panóplia de conhecimentos ao nível ético e deontológico, e numa avaliação sistemática das melhores práticas e preferências das famílias. Confrontada com situações de saúde complexas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à família, foi imperativo revisitar as normas ético-legais da prática profissional de enfermagem, familiarizar-se com as circulares normativas e documentos subjacentes às dinâmicas institucionais de ambos os contextos clínicos, e pesquisar a melhor evidência científica sustentando a prestação dos cuidados supracitados na garantia da prática de cuidados que respeitaram os direitos humanos, e as responsabilidades profissionais. No processo interacional com as famílias, na compreensão e respeito pelos seus valores, cultura, crenças espirituais, e práticas específicas individuais e do grupo, procurou-se estabelecer um processo negocial, colaborativo, participado e de comunicação contínua respeitando: o direito das famílias no acesso à informação; a confidencialidade e a compreensão da informação escrita e oral adquirida; o direito à privacidade; o direito à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados implementados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No âmbito do *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*, foi igualmente transversal aos dois momentos de estágio o contínuo *desenvolvimento do conhecimento e assertividade* sustentadores da prática clínica e representantes das capacidades basilares no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, identificando os possíveis fatores que poderiam interferir nas mesmas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Reconhecendo quando as suas limitações pessoais e profissionais se demarcavam, a mestranda procurou na orientação das EOC's colmatá-las no sentido do pleno desenvolvimento de CCEE e de CEEEECAESF. Procurou igualmente disciplinar-se no âmbito do autoconhecimento, procurando identificar fatores que interferissem no relacionamento terapêutico com as famílias, e no julgamento clínico e tomada de decisão perante as suas necessidades. No sentido de alicerçar o processo de cuidados às famílias em conhecimento válido, atual e pertinente, suportou-se na evidência

científica com a translação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos em sala de aula, com a mobilização dos conhecimentos associados à teoria de médio alcance das Transições de Meleis, ao MDAIF, ao CBF, e com pesquisa bibliográfica adaptada na área de ESF (Ibidem).

Foram criadas oportunidades ao longo dos dois momentos de estágio, à compreensão do sistema familiar no sentido de orientar a avaliação e intervenção na área de ESF, com o propósito de adquirir e desenvolver CEEEECAESF. Os estudos das 17 famílias inscritas no ficheiro da equipa de saúde familiar da EOC, após consentimento informado, esclarecido e livre das mesmas, foram realizados recorrendo da matriz operativa do MDAIF, permitindo uma prática de enfermagem fundamentada na abordagem sistémica à unidade familiar, identificando o potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde e bem-estar no global. Com a finalidade de potenciar forças, recursos e competências familiares, a mestranda teve no modelo atrás referido o instrumento orientador e sistematizador da prática de ESF, o que lhe permitiu explorar os sistemas familiares potenciando o desenvolvimento de oportunidades para a concretização da interligação das etapas do processo de enfermagem à família: a colheita dados; a avaliação de necessidades familiares a partir da atividade diagnóstica; a implementação de intervenções no sentido da resolução e/ou minimização dessas necessidades, obtendo resultados sensíveis aos cuidados de ESF, isto é, ganhos em saúde com a modificação positiva dos *status* dos diagnósticos familiares. (Figueiredo, 2012).

No que concerne ao processo de seleção das famílias, ao longo do desenvolvimento de ambos os estágios foram consideradas as famílias em situação de saúde complexa, o(s) processo(s) de transição (normativo(s) e não normativo(s) que se encontravam a vivenciar, a prioridade na intervenção familiar, e a possibilidade de monitorização do processo de cuidados, sendo selecionadas 17 famílias no total com referido anteriormente. Não houve intenção de seleção mediante o estadio do CVF em que se encontrassem, no sentido de potenciar a intervenção em diferentes estadios e transições de desenvolvimento. Contudo, uma das famílias estudadas teve particular interesse contribuindo para a inquietação que posteriormente viria a sustentar a questão de investigação de suporte ao desenvolvimento do estudo de investigação a apresentar no capítulo II. Tratou-se de um casal de meia idade em transição para a parentalidade (pais de uma filha 3 meses) e simultaneamente cuidadores informais dos seus ascendentes (pais

idosos), correspondendo ao casal em “geração sanduíche”. A avaliação e intervenção nesta família permitiu a intervenção não só no âmbito de necessidades familiares diagnosticadas, com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados, mas também no âmbito dos cuidados antecipatórios prevenindo modificações que poderiam ser potenciais (re)adaptações da dinâmica familiar, facilitando num futuro as transições de modo saudável (Ribeiro, 2000). Em última instância, potenciou o vislumbre do problema clínico que sustentou a questão de investigação.

O primeiro contato com as famílias foi sempre determinante para o desenvolvimento da relação terapêutica com as mesmas, tendo em consideração o que Phaneuf como referido por Coelho e Sequeira (2014) afirmou, isto é, que a comunicação é condição *sin qua non* da qualidade dos cuidados de enfermagem, e como ferramenta terapêutica pode influenciar na prestação de cuidados. Manter uma conduta de disponibilidade, de compreensão e uma atitude de escuta (escuta ativa), proporcionando tempo e respeito pelos silêncios atendendo e primando por um ambiente terapêutico acolhedor e seguro, foi uma premissa considerada e trabalhada desde o primeiro ao último contato com as famílias. Só assim foi possível estabelecer essa relação, criando e sustentando uma parceria colaborativa disposta à negociação entre ambas as partes, com o objetivo final da capacitação familiar no desenvolvimento e alcance dos seus objetivos de saúde, subjugados às suas prioridades mediante os seus projetos de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

O desenvolvimento do processo de cuidados às famílias, foi realizado em contexto de consulta de enfermagem e/ou visita domiciliária sempre que possível com todos os seus membros integrantes. Nas que possibilitaram a oportunidade da visita domiciliária, comprovou-se ser fundamental para cimentar a relação terapêutica sustentadora e dinamizadora do sistema terapêutico enfermeiro-família. Não obstante, pode ainda realizar-se uma observação sistematizadora (da interação, da comunicação verbal e não verbal entre os membros), permitindo a implementação em condições específicas e num ambiente favorável ao sistema familiar das intervenções acordadas.

Segundo Hanson (2005) o processo de enfermagem de família tem na avaliação inicial-colheita de dados da família o seu primeiro passo, e nesse contexto recorreu-se à entrevista relacional familiar estruturada na matriz operativa do MDAIF. Na preparação desta etapa procurou-se a orientação das EOC's, pela proximidade às famílias e o conhecimento das suas vivências do seu desenvolvimento do CVF singular. Procurando

uma colheita de informação o mais completa possível, aplicaram-se vários instrumentos de avaliação familiar: elaboração do genograma e o ecomapa familiares; aplicadas as Escalas de Graffar, da FACES II, de Readaptação Social de *Holmes e Rahe*, de APGAR Familiar de Smilkstein, de Depressão Pós-parto de Edimburgo, e de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Elaborar o genograma e ecomapa familiares permitiu a percepção das forças, recursos e necessidades pela própria visão da família enquanto unidade, da sua estrutura interna e externa, dinâmica e da qualidade das relações estabelecidas com o seu ecossistema (a partir do genograma avaliam-se interações, conexões e vínculos estabelecidos entre os indivíduos, a família e o seu contexto ambiental, e ainda, informação demográfica, informação funcional (problemas sociais e de saúde); e eventos familiares críticos (transições marcantes, mudanças de relação, migrações, fracassos e êxitos). Por sua vez, a elaboração do ecomapa tem o valor primário de impacto visual, onde foram representados os relacionamentos dos membros das famílias com os sistemas mais amplos pelo olhar das mesmas (Wright & Leahey, 2012). Uma das limitações do SClínico[®] representa a ausência no “processo familiar” de um campo de documentação de alguns dos dados colhidos através dos instrumentos supracitados, pelo que a mestrandia deixou em dossiê físico às EOC’s alguma da informação colhida (genograma e ecomapa familiares).

Avaliar o risco familiar e analisar os fatores sustentadores do mesmo, promove uma melhor apropriação dos cuidados preconizados pelo EEESF. Vê aumentada a probabilidade de adequar as intervenções às necessidades familiares diagnosticadas, definindo com maior precisão as metas que conduzem à identificação e atuação sobre fatores que podem levar a resultados desfavoráveis, possibilitando cuidados antecipatórios com o intuito de ver ampliada a possibilidade de evitar esses riscos, atuando nos vários níveis de prevenção (Simões & Rosendo, 2011). Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados parametrizados no SClínico[®], alocados ao “processo familiar”: a Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer; e a Escala de Risco Familiar Garcia Gonzalez. A primeira escala de risco mencionada, além de não se encontrar publicada, desconhecem-se na evidência científica estudos que a validem ou a analisem do ponto de vista da sua fiabilidade e consistência interna. Em relação à segunda escala de risco enunciada, o mesmo autor alerta que a sua construção, validação, análise ou consistência interna estão também elas ausentes na evidência científica (Rebelo, 2018).

Posteriormente à colheita de dados - avaliação inicial onde se determinaram as preocupações familiares e identificaram as necessidades de cuidados de saúde especializados, seguiu-se avaliação diagnóstica focando as áreas de atenção familiares comprometidas nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional. Seguiu-se o planeamento colaborativo das prioridades familiares e a implementação dos planos de cuidados, intervindo no sentido de modificar os fatores que estariam a sustentar o(s) problema(s) de saúde familiar face aos resultados esperados. Por último, procedeu-se à avaliação dos resultados de cuidados de enfermagem de acordo com os objetivos estabelecidos, considerando sempre que a auto-suficiência familiar é um resultado pré-definido (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005). Ao longo de todo o processo anteriormente explanado como já referido além da orientação constantes das EOC's, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos e sustentada a prática clínica na investigação e evidência clínica no planeamento dos cuidados de ESF (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

A orientação e operacionalização da matriz operativa do MDAIF permitiu sustentar julgamento clínico e a tomada de decisão representados nas etapas de avaliação e intervenção do processo de enfermagem à família. Permitiu uma abordagem lógica e sistemática na identificação de necessidades e potencialização das forças existentes, e no desocultar de forças potenciais, recursos e competências do sistema familiar, ampliando o olhar para a complexidade única de cada família. Foram implementados cuidados de enfermagem centrados na família enquanto cliente e unidade de intervenção, sustentados no pensamento sistémico, colaborativo guiando e apoiando os processos de (re)adaptação familiar às várias transições de vida e/ou situações complexas (Figueiredo, 2012; Silva, 2016). Os resultados obtidos foram sensíveis aos cuidados de ESF implementados, proporcionando às famílias ganhos em saúde potenciados como afirmado anteriormente no processo colaborativo enfermeiro-família, com a inclusão da dinâmica intersubjetividade e contextualidade singulares, forças e recursos familiares como parcelas na equação (Figueiredo, 2012; Ferreira, 2017).

No âmbito da análise crítico-reflexiva do todo exposto anteriormente, considera-se que houve o desenvolvimento da competência específica “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.”, na medida em que se considerou “(...) a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus

membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.” (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, p. 19357).

Os estudos de família desenvolvidos ao longo dos momentos de estágio, ao possibilitarem a avaliação e intervenção nas famílias em situação complexa, foram cruciais para o desenvolvimento de CEEEECAESF. Considerar as famílias como unidades de cuidados, favoreceu o desenvolvimento das seguintes unidades de competências do EEESF:

- “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.”, abordando-as com disponibilidade, incitando ao diálogo familiar, estimulando à consecução dos seus objetivos, reforçando os seus pontos fortes, integrando-os no estabelecimento do plano de intervenção elaborado colaborativamente, com o intuito de promover, manter e reforçar a saúde da mesma;

- “Colhe dados pertinentes para o estudo de saúde da família.” (...) identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco (...), utilizando instrumentos de avaliação familiar, integrando informação adicional de várias fontes, no sentido de avaliar “(...) a capacidade de união familiar, identifica pontos fortes e fracos na respostas (...)” às transições;

- “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e doença, em situações complexas.” considerando “(...) a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexa.” avaliando o “(...) complexo estado de reciprocidade entre indivíduos, a família, a saúde e o meio ambiente.”;

- “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.”, utilizando “(...) um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções de enfermagem de saúde familiar. “;

- “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.” identificando e analisando “(...) a dinâmica familiar, o que a suporta, mantém ou cria dificuldades promovendo as adequadas relações de apoio.”, explorando “(...) estratégias e técnicas para a melhorar, identificando com a família novas estratégias para o alcance dos seus objetivos”;

- “Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos;

- “Dá feedback [sic] às famílias (...) centrando-se nos seus pontos fortes.”, e “(...) incentiva ao feedback [sic] familiar (...)” com o intuito de avaliar o seu progresso no alcance dos objetivos (...)” analisando conjuntamente os desafios inerentes aos mesmos. (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, pp. 19357-19358).

Desenvolveram-se ainda as unidades de competência: “documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.”; “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.” – “(...) difusão do processo de pensamento e análise crítica de saúde familiar.”, documentando o processo de cuidados de enfermagem às famílias no processo familiar no âmbito do Programa de Saúde da Família no SClínico® (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, p. 19358).

Considerando as diversas etapas de desenvolvimento do CVF, permitiu o desenvolvimento do processo de concepção de cuidados em parceria com as famílias, orientado no julgamento clínico e raciocínio clínico proporcionado pelo MDAIF (modelo parametrizado no SClínico®). Desenvolveram-se e firmaram-se aptidões e competências no desenvolvimento da atividade diagnóstica e na operacionalização das intervenções de ESF, procurando concretizar mudanças planeadas e acordadas face a resultados esperados (Figueiredo, 2012). Atendendo a que as transições são percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autónomas nem mutuamente exclusivas, Meleis como referido por Guimarães e Silva (2016), considerou as transições complexas, multidimensionais, sendo-lhes inerentes propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (período de maior vulnerabilidade para a família). Neste contexto o objetivo foi a consciencialização, compreensão e aceitação para a mudança e (re)adaptação inerente a situações de transição complexas (normativas e não normativas), com o objetivo final de mudanças comportamentais e cognitivas no sentido da sua autonomia na maximização do potencial de saúde familiar (Figueiredo, 2012). Houve a concretização de indicadores de resultado, dando visibilidade aos ganhos em saúde para as famílias decorrentes do processo de cuidados às mesmas, a serem descritos no subponto seguinte (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

De realçar alguns elementos organizadores do processo de cuidados às famílias, como a identificação colaborativa das suas necessidades remetendo-as a um período próprio e a um domínio específico da vida familiar, e a validação dos diagnósticos familiares com as mesmas priorizando a intervenção sobre os mesmos e o planeamento de intervenções concordantes à mudança, na consideração das forças da família por forma que a mudança fosse percebida como viável e exequível, consentido e colaborando no plano de cuidados (Figueiredo, 2012).

Durante a avaliação familiar as entrevistas familiares sistémicas foram sustentadas no princípio da neutralidade, questionando todos os elementos intervenientes na mesma, sempre que oportuno. A intervenção familiar acordada com as famílias envolveu-se a aplicação de técnicas transversais a todas as dimensões familiares, como a realização de questões terapêuticas (perguntas circulares hipotéticas, reflexivas, perguntas de escala, questão milagre), a normalização, e o elogio às suas forças. Quando considerado propício foram aplicadas técnicas de intervenção terapêutica familiar, como veremos adiante (Reis, Mendes, Vilar, Marques & Figueiredo, 2022).

Considerando que na comunicação entre duas pessoas é o *feedback* da informação que garante a eficácia da ação, o EEESF na interação dinâmica com a família deve oferecer-lhe *feedback* sistematicamente centrando-se nos seus pontos fortes e incentivar ao *feedback* familiar, através do qual a mesma expõe a sua perspetiva do progresso no alcance dos seus objetivos de saúde, na transposição de desafios, obstáculos e outros. Promoveram-se momentos oportunos dentro das disponibilidades de ambas as partes, para que esta discussão fosse realizada regularmente, avaliando a eficácia do plano de cuidados acordado, proporcionando a avaliação da relação enfermeiro-família, e dessa forma facilitando a resposta de famílias em situação de transição complexa, monitorizando e avaliando as suas respostas à intervenção realizada (Figueiredo, 2012; Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho). Houve condicionantes relativamente à realização desses momentos traduzidas na indisponibilidade das famílias, e no fator tempo mediante o limite de horas de estágio nas USF's, o que não foi facilitador à monitorização supracitada.

Com a orientação no MDAIF, realizou-se a Avaliação Estrutural das famílias incidindo “(...) sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros sistemas como a família extensa e sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde.”

(Figueiredo, 2012, p. 73). As famílias foram avaliadas mediante a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico.

Segundo Figueiredo (2012) avaliar a tipologia familiar passa por inventariar “(...) a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos determinando algumas das suas funções internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento.”, permitindo “(...) a incorporação das múltiplas formas de organização familiar (...)” (pp. 73-74). Das 17 famílias avaliadas, 13 eram de tipologia nuclear (casal com filhos biológicos), seguidas de 3 de tipologia alargada (família nuclear coabitante de pelo menos um ascendente idoso), e 1 família unitárias (idoso(a) viúvo(a)). O tipo de habitação foi avaliado pela Escala adaptada de Graffar construída em 1956 pelo autor, e adaptada para a população portuguesa por Fausto Amaro em 1990 com atualização em 2001 (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

A aplicação da escala supracitada permitiu a avaliação das condições socioeconómicas do agregado familiar, classificando-se a sua classe social podendo assim prever-se condições de risco no sentido de que a classe social influencia a forma como as famílias se organizam, estabelecem as suas crenças e valores, e como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais (Figueiredo, 2009; Ibidem, 2012). Tendo por base o elemento que auferir maior rendimento e as suas características, esta avaliação torna-se importante no sentido de que as famílias mais desfavorecidas com um baixo estatuto socioeconómico são as que poderão estar mais expostas a fatores de risco, conduzindo a uma maior morbidade, défices e dificuldades diversas (Hanson, 2005; Rebelo, 2018). Das 17 avaliadas, 13 foram classificadas como pertencentes à classe média, 3 à classe média alta, e 1 à classe média baixa. Não foram diagnosticadas necessidades familiares neste âmbito, constatando-se nas mesmas que o tipo de habitação era grau 3 (não oferecendo risco ambiental) (Figueiredo, 2012).

Foram avaliadas as áreas de atenção familiares *Edifício Residencial*, *Rendimento Familiar*, *Precaução de Segurança* e *Abastecimento de Água*. Diagnosticou-se *Precaução de Segurança Não Demonstrada (Edifício Residencial)*, na dimensão avaliativa *conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas* em duas das famílias avaliadas. Com o intuito de proporcionar o ambiente promotor da saúde familiar no desempenho do papel de educador, foram acordadas com ambas as famílias intervenções alertando e ensinando sobre o risco na presença de barreiras arquitetónicas

no *Edifício Residencial*, orientando e motivando para a adaptação ou eliminação das mesmas (Figueiredo, 2012).

Avaliar a Dimensão de Desenvolvimento das unidades familiares compreendendo os fenômenos associados ao crescimento das mesmas, identificando e reconhecendo as etapas do CVF como um percurso transversal a todos os sistemas familiares, permite numa perspectiva processual entender os vários processos de evolução transacional conjugados à especificidade e exclusividade do crescimento familiar. Para tal, deve ser avaliado o estadio do ciclo vital em que se encontram, as tarefas desenvolvimentais adjacentes ao mesmo, e quais as áreas de atenção inerentes a essa etapa. Permite a concretização de cuidados antecipatórios promovendo a capacitação familiar, mediante o desenvolvimento das tarefas crucias inerentes a cada etapa, preparando o sistema familiar para futuras transições (Figueiredo, 2012).

Relvas (1996) considerou o desenvolvimento familiar dividido em cinco estadios, demarcando uma sequência previsível de transformações: I - formação do casal; II - família com filhos pequenos; III - família com filhos em idade escolar; IV - família com filhos adolescentes; e por último V - família com filhos adultos. A cada um destes estadios estão associadas tarefas desenvolvimentais (o desempenho diferente que papéis permitem várias posições no sistema familiar) que por estarem alocadas num determinado estadio, não desaparecem no seguinte, como por exemplo a parentalidade que estará presente após o segundo estadio ao longo de todo o CVF. A mudança origina um novo padrão de funcionamento transformando a família, funcionando essa mudança como um marcador no CVF. Estes estadios integram ainda interactivamente a dinâmica interna do sistema familiar, a comunicação, a meta-comunicação, as relações entre os elementos da família, e o tipo de fronteiras existentes entre os diversos subsistemas, e a família e outros sistemas (Ibidem).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, o EEESF conhecendo e compreendendo a dinâmica do CVF e a sua influência, permite-lhe considerar as tarefas de desenvolvimento familiar orientando para o compromisso familiar com atividades promotoras de saúde e bem-estar em cada estadio, e dessa forma desenvolver a CEEEECAESF “*Cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.*” (p. 19357).

No MDAIF é considerada a classificação de estádios do CVF de Relvas (1996), contudo, na avaliação da dimensão supramencionada na prática clínica foi considerada a classificação dos estádios do CVF segundo Duval (1977), sendo esta parametrizada no SClínico[®]: estadio I - família sem filhos, iniciando a vida a dois no estadio; estadio II - a família tem filhos pequenos, desde o nascimento até aos 3 anos de idade; estadio III - família com filhos em idade pré-escolar até à entrada na escola (6 anos); estadio IV - família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até à adolescência – 13 anos); estadio V – família com filhos adolescentes (saída de escola até aos 21 anos de idade); estadio VI - família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); e estadio VII - caracteriza a família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); estadio VIII - família idosa (da reforma à viuvez). Esta sequência considera oito estádios ordenados e previsíveis ao longo do tempo delimitados pela composição familiar, idade dos seus membros e estatuto ocupacional do chefe de família. A idade do filho mais velho, é um importante marcador dos estádios caracterizados pela presença de filhos: centrado no crescimento, educação e autonomização dos filhos, permitindo avaliar períodos de transição, prever dificuldades e prevenir instabilidade familiar, possibilitando a concretização de cuidados antecipatórios na preparação para as transições previsíveis (Duvall, 1977; Figueiredo, 2012; Rebelo, 2018).

A compreensão do contexto onde se inseriam as famílias, sustentou-se a tomada de decisão acerca das áreas de avaliação de maior impacto face a essa sua especificidade, bem como, as áreas de atenção familiares (dimensões operativas) a serem avaliadas na dimensão supracitada sob orientação do MDAIF: *Satisfação Conjugal; Planeamento Familiar; Adaptação à Gravidez; e Papel Parental* (Figueiredo, 2012).

As consultas de enfermagem no âmbito da Saúde Materna, da Saúde Sexual e da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar permitiram a avaliação desta dimensão nas suas dimensões operativas já referidas anteriormente.

Focou-se a área de atenção familiar *Satisfação Conjugal* que se centra “(...) nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória (...) transformam-se ao longo da vida do casal, associados à forma como este se adapta às transições dos seus elementos enquanto subsistemas individuais e à gestão comum face as pressões internas e externas dos outros subsistemas.” (Figueiredo, 2012, p. 80). Transversal às etapas do CVF desde a formação do casal à família com filhos adultos, foi fundamental a sua avaliação nas suas dimensões operativas: *relação dinâmica do casal; comunicação*

do casal; interação sexual; e função sexual. Foi diagnosticada *Satisfação Conjugal Não Mantida*, com base em questões sustentadas nos itens alocados a cada dimensão operativa a cada elemento da díade individualmente. Quando um dos elementos do casal demonstrou insatisfação em alguma das questões, criando o ambiente propício a uma conversa sediada na comunicação circular com os mesmos exploraram-se quais os motivos da mesma, diferenciando crenças e expectativas como vivências subjetivas de cada casal e de cada elemento constituinte da díade (Figueiredo, 2012).

Na avaliação exposta anteriormente além de considerado estadios do CVF em que se encontravam as famílias, o conhecimento das etapas de desenvolvimento conjugal traduzidas no ciclo vital do casal também foi considerado. Segundo De Franck-Lynch como referido por Relvas (1996) esse ciclo desenvolve-se por três etapas distintas: o estado de fusão nos primeiros dez anos da conjugalidade (fusão dos dois “eu” na formação do subsistema conjugal criando o “nós” ; o retorno do “eu” e do “tu” entre os dez e os doze anos do relacionamento conjugal, realçando um maior investimento na autonomia e individualidade de cada elemento, com a passagem do ideal romântico da cara-metade para o de duas caras unidas; e por último, aos cerca de vinte anos de conjugalidade a fase da empatia onde os dois elementos autónomos e independentes se unem novamente, onde a liberdade e a empatia culminam na estabilidade conjugal, sendo representativa da força do casal perante novos desafios e (re)adaptações, mudanças (Figueiredo, 2012; Relvas, 1996).

Figueiredo (2012) considera que o padrão comunicacional é sustentador da forma como se definem os papéis familiares e o seu desempenho. Das dimensões avaliativas alteradas inerentes à área de atenção *Satisfação Conjugal* destacou-se a *comunicação do casal*, com a evidência do diagnóstico de *Satisfação Conjugal Não Mantida* pela *comunicação do casal não eficaz*. A autora refere que a mesma é tida como uma dimensão operativa de extrema importância, pois é representativa das “(...) acções [sic] interacionais subjacentes aos comportamentos relacionais, que caracterizam a relação e promovem a satisfação processual, percebida pela possibilidade de partilha e da redução de ambiguidades entre os membros do casal (...)” (p. 80). As forças do casal fazem-se representar pelo diálogo sobre as expectativas e receios de cada um e, pelo consenso quando se evidenciam opiniões divergentes e satisfação divergente quanto ao padrão de comunicação que os elementos do casal instituem. A prática da metacomunicação pelo subsistema conjugal torna-se crucial, permitindo que cônjuges reflitam acerca do que

comunicam, sendo revelador de uma dinâmica relacional saudável. Cabe ao EEESF avaliar, evidenciar e promover a consciência dessas forças, dos recursos da família, em particular do subsistema conjugal na constatação da existência de constrangimentos, dúvidas, receios e angústias, interferindo em prol da melhoria da comunicação conjugal e conseqüentemente familiar (Reis et al., 2022).

Almejando que os casais se consciencializassem dos seus possíveis problemas comunicacionais, refletindo sobre as suas forças e alternativas de interação conduzindo à melhoria na sua comunicação, foram implementadas colaborativamente as seguintes intervenções: promover a comunicação do casal e a comunicação expressiva de emoções (realça-se o questionário sistémico recorrendo à técnica transversal das perguntas de intervenção terapêuticas, mobilizando questões circulares ao investigar os relacionamentos entre os indivíduos, fatos, ideias ou crenças, objetivando à explicação do problema abrindo o caminho a comportamentos novos ou diferentes; e mobilizando a questões reflexivas favorecedoras da co-construção de novas visões, em prol da mudança concreta no relacionamento conjugal e conseqüentemente no funcionamento familiar); e promover rituais familiares (motivar para atividades em conjunto, incentivando ao envolvimento dos dois elementos da díade no seu planeamento). Nas ações que concretizam as intervenções acordadas é importante que o EEESF elogie as forças do casal, reforce positivamente as alternativas concretizadas pelos mesmos na solução ou minimização do problema, e normalizando as situações (não são o único casal com o problema) (Figueiredo, 2012; Reis et al., 2022; Wright & Leahey, 2012).

Outra das dimensões operativas alteradas foi a *relação dinâmica*, diagnosticando-se *Satisfação Conjugal Não Mantida* pela *relação dinâmica disfuncional*. Perante este diagnóstico são representativas de forças dos casais a divisão e partilha de tarefas domésticas, a forma como expressam os sentimentos e, a satisfação com o tempo que estão juntos (Figueiredo, 2012).

Uma das transições que se tornou mais desafiante de intervenção familiar foi a transição da conjugalidade para a parentalidade, onde o aparecimento do primeiro filho representa não só um novo elemento que irá fazer triangulação com o casal, mas também um evento alusivo de desafios à conjugalidade (Relvas, 1996). O EEESF conhecendo a vivência dessa transição e os seus possíveis desafios, auxiliará os casais a consciencializar-se da mesma, das suas forças e recursos, bem como de outros fatores facilitadores da readaptação conjugal e conseqüentemente familiar (Silva, Gavinhos, Neves & 44

Camarneiro, 2021). Objetivando melhorar a relação dinâmica dos casais subjacente ao diagnóstico acima referido, foram guiados na consideração das suas forças e alternativas de interação no alcance à melhoria da eficácia da sua relação, implementando-se as seguintes intervenções: aconselhar e motivar à redefinição da divisão/partilha de tarefas domésticas; promover a comunicação expressiva das emoções; e motivar ao tempo em conjunto (Figueiredo, 2012).

Neste contexto, destacou-se uma família à qual se diagnosticou *Satisfação conjugal Não Mantida pela função sexual comprometida*, implementando-se o ensino sobre sexualidade e estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais (no caso era perturbação do desejo sexual), e o encaminhamento para consultas com a psicóloga na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Nas consultas referidas atrás, o EEESF além do foco na área de atenção familiar *Satisfação Conjugal* deve também estar desperto para focar outras áreas de atenção como *Adaptação à Gravidez* e o *Papel Parental*. A *Adaptação à Gravidez* não só representa uma fase de adaptação a mudanças físicas na mãe, bem como o ajustamento ao desafio de se redefinirem papéis na estrutura familiar, levando à progressiva abertura de espaço no sistema familiar para o novo subsistema individual representado pelo filho. O conhecimento prévio do processo de transição iniciado na gravidez (início da transição da conjugalidade para a parentalidade), e a comunicação positiva conjugal representam fatores promotores ao *Papel Parental* ajustado, bem como à conjugalidade satisfatória. Dos diagnósticos familiares mais prevalentes nestas consultas a *Adaptação à Gravidez não adequada pelo conhecimento não demonstrado* revelou-se o mais comum. A intervenção pautou-se numa visão integradora de articulação à avaliação dos conhecimentos do casal com a sua perceção acerca da comunicação conjugal, mas também com a dimensão relativa a comportamentos de adesão às consultas supracitadas, ao curso de preparação para o parto e na preparação do enxoval. Estes representam indicadores processuais da área da atenção familiar em questão, considerando que a concretização dos cuidados antecipatórios envolve a preparação e conhecimento para desafios transacionais futuros, e as mudanças que advém dos mesmos (Figueiredo, 2012).

Nas consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, além do foco dos cuidados do EEESF incidir no subsistema individual com a avaliação do desenvolvimento da criança e do adolescente, deve incidir simultaneamente no subsistema parental com a avaliação do seu desempenho no *Papel Parental*. Com a chegada da criança à família, o casal

confronta-se com expectativas e incertezas no domínio do cuidado parental desconhecido aliadas ao sistema de crenças e a dificuldades de execução instrumental de algumas tarefas, e na adesão a fatores condicionantes da saúde e da vida da criança (Melo, 2021). Representando uma fase de transição com um período de tempo variável, implicando o envolvimento, a mudança, a (re)adaptação de um estado para o outro, como transição desenvolvimental compreende um período de transição do CVF, e como transição situacional implicará a redefinição de outro tipo papéis familiares e funções. Mediante a abordagem sistémica, é uma transição que envolve a mudança para aquisição do *Papel Parental* implicando a movimentação da função conjugal para a função parental, conduzindo o sistema familiar a relacionar-se de modo diferente entre si (reorganização familiar e particularmente conjugal), redefinindo os seus limites face ao exterior com uma maior abertura às famílias de origem e com a própria sociedade. Assume uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos adequados no cuidado à criança (Meleis, 2010; Relvas, 1996).

Houve oportunidade à aplicação da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo traduzida e validada para a população portuguesa por Augusto et al., a partir da *Edinburgh Post-natal Depression Scale*, da autoria de Cox, Holden & Sagovsky como referido por Torres (2018) a uma das famílias em transição para a parentalidade, pois tinham sido pais há 3 meses de uma criança diagnosticada com uma doença neurodegenerativa, colocando simultaneamente em transição para a parentalidade e transição saúde-doença. Representando um instrumento específico identificativo da depressão no período pós-natal, o *score* indica a probabilidade ou não de depressão, contudo, não determina a sua gravidade, isto é, complementa, mas não substitui a avaliação clínica. Houve evidência da probabilidade de ambos os indivíduos da díade padecerem de depressão, pelo que após transmissão da informação à equipa de saúde familiar e negociação com o casal, o mesmo foi encaminhado para consultas com a psicóloga na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Segundo Figueiredo (2012) a área de atenção familiar *Papel Parental* é tida como o “(...) padrão de interação, que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitam a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança.”. O EEESF numa abordagem sistémica além do foco na criança deve estar atento a quem desempenha as diferentes tarefas relacionadas com esse papel familiar, aos seus conhecimentos, no sentido da sua disponibilidade à aprendizagem

de capacidades e aos comportamentos de adesão aos cuidados da criança e/ou adolescente (Melo, 2021). Avaliar esse papel familiar é extremamente pertinente, uma vez que a tensão no desempenho do mesmo poderá advir de fatores como: *conhecimento do papel*; *de consenso do papel*; *conflito de papel* e *saturação do papel* (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Duas famílias (n = 17) foram diagnosticadas com *Papel Parental Não Adequado pelo conhecimento do papel não demonstrado*. A intervenção familiar incidiu no apoio aos pais (comunicação expressiva de emoções), e no ensino acerca das tarefas desenvolvimentais (cuidados parentais) tendo em conta que esta dimensão do conhecimento é transversal a várias etapas do CVF (família com filhos pequenos; famílias com filhos na escola; famílias com filhos adolescentes) (Relvas, 1996). Na avaliação das categorias avaliativas da dimensão do *conhecimento do papel* além de ajustadas à etapa do CVF em se encontravam as famílias, considerou-se a realidade cultural, o sistema de valores e crenças inerentes à sua unicidade, cabendo uma tomada de decisão perante a unidade familiar e a sua singularidade adequando abordagem interventiva estrategicamente e os conteúdos nas consultas a esses fatores (Figueiredo, 2012).

A Dimensão Funcional incide nos padrões de interação familiar, sustentadores do desempenho das funções e tarefas familiares. Nesse sentido a funcionalidade familiar envolve a dimensão instrumental (atividades quotidianas da família) e expressiva (interações entre os membros da família). Foca as áreas de atenção familiares *Papel de Prestador de Cuidados* (ênfata a dimensão instrumental do funcionamento familiar) e *Processo Familiar* (destaca a dimensão expressiva), sendo esta última área subdividida nas dimensões avaliativas: *comunicação familiar*, *coping familiar*; *interação de papéis familiares*; *relação dinâmica* e *crenças familiares* (Figueiredo, 2012).

Destaca-se a aplicação da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, recomendada na avaliação da dimensão operativa *relação dinâmica*. Adequa-se a todas as etapas do CVF revelando a perceção de cada um dos elementos (autoavaliação) da funcionalidade do sistema familiar, ao evidenciar a coesão, a adaptabilidade do mesmo, se a família constitui ou não um recurso para os mesmos, manifestando o seu grau de satisfação no cumprimento das seguintes funções da família: Adaptação (*Adaptation*); Participação (*Participation*); Crescimento (*Growth*); Afeto (*Affection*); Decisão (*Decision*) (Figueiredo, 2012; Rebelo, 2018). Verificando-se a disparidade nos resultados da perceção dos elementos do sistema familiar acerca da funcionalidade do mesmo, de

acordo com o MDAIF deve ser conjugada a aplicação da Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II (Escala FACES II - versão portuguesa de Otília Fernandes, 1995), avaliando-se a coesão e a adaptabilidade familiar. Dezasseis das famílias (n = 17) avaliadas apresentaram moderada disfunção. Uma só família demonstrou disfunção acentuada familiar, sendo constituída por uma idosa (VIII estadio do ciclo vital de Duvall - família idosa) viúva à menos de um ano (em transição situacional por luto), sem filhos (único filho também falecido há cerca de 5 anos) e com poucas relações com a sua família extensa. Nesta família foi diagnosticado *Processo Familiar Disfuncional* pela *relação dinâmica disfuncional* com a família extensa, contudo a mesma recusou intervenção.

Nas consultas de enfermagem de Saúde do Idoso e gestão da doença crónica (hipertensão arterial e Diabetes Mellitus) a área de atenção que mais se destacou durante a avaliação familiar foi *Papel de Prestador de Cuidados*. Como papel familiar refere-se ao “(...) padrão interacional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem de situação de doença.” (Figueiredo, 2012, p. 93).

Como já abordado o envelhecimento demográfico populacional é coincidente com a situação de doença crónica, podendo conduzir o idoso à dependência na realização das suas atividades de vida diárias, o que por sua vez pode representar um fator de stresse para a família como sistema interacional sustentado na interdependência entre os vários subsistemas e o sistema familiar. As possíveis novas atividades a desempenhar pelos vários subsistemas, podem por sua vez conduzir à reestruturação funcional face ao novo papel familiar a incorporar na dinâmica familiar. O EEESF deve focar-se nas necessidades do membro da família dependente com compromisso em maior ou menor grau do autocuidado e outros, atendendo em simultâneo às necessidades da unidade dinâmica e funcional que representa a família cuidadora. O *Papel de Prestador de Cuidados* é uma área de atenção familiar de particular relevância, cujo o impacto é variável no sistema familiar sendo mais associado a repercussões na sua estrutura (pela coabitação intergeracional) e nas relações familiares (pelo estabelecimento de relações intergeracionais) (Figueiredo, 2012).

A prestação de cuidados enquanto processo interacional gera “(...) reestruturação da família, cuja a identificação de dificuldades no desempenho desta função impulsionará estratégias de comunicação para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes.” (Figueiredo, 2012, p. 92). É neste

cenário que o EEESF deve potenciar a ligação entre o(s) membro(s) que assume(m) o papel de prestador de cuidados e o elemento dependente dos mesmos, promovendo ao relacionamento familiar no apoio a esse papel. Esse apoio manifesta-se por condutas normativas pautado pelos valores e expectativas do sistema familiar, em comunhão com os valores da sociedade relativamente à forma como a família deverá agir e exercer esse papel. A família pode ser detentora do conhecimento e capacidade para desempenhar o papel de prestador de cuidados, no entanto por dificuldade na mobilização desses recursos internos e desconhecimento de recursos externos tem dificuldade na sua efetivação. Estes são fatores que devem ser envolvidos na sua avaliação, apar da compreensão do estadio de desenvolvimento do CVF em que a família se situa, possibilitando desocultar as suas forças e recursos orientando-a numa visão mais positiva e próspera desse papel, capacitando-a no alcance de estratégias de resolução ou minimização das necessidades decorrentes do mesmo. (Figueiredo, 2012).

A visita domiciliária permitiu uma maior proximidade e envolvimento com as famílias no seu ambiente, e suportada na abordagem sistémica conduziu a uma avaliação do contexto residencial, estrutural, dinâmica e qualidade das relações estabelecidas entre as mesmas e os seus subsistemas.

Um dos focos de atenção da evidência científica no âmbito do cuidado informal, têm sido as repercussões negativas que sustentam a sobrecarga do cuidador no desempenho do papel supracitado. Pela necessidade de implementação de estratégias preventivas à deterioração da qualidade de vida do cuidador informal, Sequeira (2007) adaptou e validou do questionário original “Burden Interview Scale” de Zarit (1980) a Escala de Sobrecarga do Cuidador. Permite identificar/monitorizar a sobrecarga subjacente a uma matriz, a partir da qual se podem estruturar respostas no sentido da minimização das consequências negativas associadas à relação de prestação de cuidados. Nesta linha de pensamento surgiu a oportunidade de aplicação desse instrumento de avaliação, permitindo a avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de 2 famílias (n=17) (Apóstolo, 2012). Numa o cuidador informal apresentou sobrecarga ligeira, e na outra apresentou sobrecarga intensa. Aliados a estes resultados, na avaliação funcional das mesmas diagnosticou-se *Papel do Prestador de Cuidados Não Adequado por saturação do papel de prestador de cuidados* e por *conflito de papeis familiares*, implementando-se as seguintes intervenções de ESF: promover a comunicação expressiva das emoções; avaliar a saturação do papel explorando as situações geradoras de saturação; encorajar a

interação familiar motivando e negociando a redefinição dos papéis familiares (entrevista e partilha de tarefas e responsabilidades entre os membros da família; motivar a redefinição de papéis familiares entre os membros da família; promover a comunicação expressiva das emoções; promover estratégias de *coping* para o papel (uso na entrevista sistémica familiar de perguntas circulares de efeito comportamental, explorando as relações entre o efeito do comportamento dum membro da família sobre o(s) outro(s); identificar as forças da família (por exemplo a união familiar) e pontos fracos na resposta familiar às transições de vida, permitindo a concretização de cuidados antecipatórios à promoção da capacitação da família que orientem as futuras transições saudáveis; e requerer serviços de saúde. Após comunicação da informação e decisão em equipa de saúde familiar, negociou-se com a família a referenciação ao Serviço Social e à Psicologia na unidade de recursos assistenciais partilhados (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

Ainda na Dimensão Funcional a área de atenção familiar *Processo Familiar* é tida “(...) como um conceito central para a compreensão da dimensão interaccional [sic] da família (...)”, definido o padrão transaccional decorrente dessa interação familiar (Figueiredo, 2012, p. 95). Como área primordial na concepção dos cuidados centrados na família, tem subjacente a complexidade dos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade característicos do sistema autopoietico transformativo que a mesma retrata enquanto sistema familiar. As dimensões operativas que a compõem são: *comunicação familiar; coping familiar; interação de papéis familiares; relação dinâmica; e crenças familiares*. Avaliando-se estas dimensões compreendem-se as “(...) relações e interações [sic] entre os membros da família e, naturalmente a identificação das necessidades de mudança nesse nível de funcionamento familiar.” (Ibidem).

Sob orientação do MDAIF na avaliação da área de atenção supracitada é integrada a aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que ao medir eventos vitais/crises vivenciados pelos indivíduos permite a identificação da “(...) relação entre os níveis de stresse decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família (...)” (Caeiro, 1991 como referido por Silva, 2021; Figueiredo, 2012, p. 96). Avalia e quantifica as dificuldades vividas pela família no período do último ano anterior à altura da sua aplicação, determinando a probabilidade de alguns elementos virem a desenvolver doença psicossomática. O EEESF baseando-se na proposição de que o esforço envolvido para

que o indivíduo e a sua família se reajustem à sociedade depois de mudanças significativas, leva a um desgaste que poderá originar a perda de saúde individual e familiar, ao conhecer esses eventos pode intervir capacitando a família a ultrapassá-los de forma positiva estando ainda subjugadas aos mesmos, munindo-se de recursos para ultrapassar futuras crises (Figueiredo, 2012; Gottlieb, 2016; Meleis, 2012). Apenas 1 família (n=17) apresentou 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica (a vivenciar transições simultâneas: para a parentalidade, saúde-doença (doença neurodegenerativa da criança de 3meses) e situacional (a assunção do *Papel do Prestador de Cuidados* aos ascendentes).

Nas 2 famílias (n=17) em transição situacional para o *Papel de Prestador de Cuidados* o diagnóstico familiar *Processo Familiar Disfuncional* pela *comunicação familiar não eficaz* destacou-se, levando à implementação das seguintes intervenções de ESF: promover o envolvimento da família; promover a comunicação expressiva de emoções; e otimizar a comunicação na família. Em colaboração com a família foram planeados alguns rituais familiares novos em função da alteração dos existentes, onde não só importa a execução, mas também o processo de preparação dos novos rituais: jantar em família; passeios ou caminhadas pelo menos uma vez por semana; e outras atividades de interesse comum. A finalidade foi de uma forma geral promover a proximidade entre os elementos da família, a alteração dos padrões de comunicação, e o desenvolvimento e consciencialização dos sistemas de apoio como por exemplo aproximação à família extensa e a sistemas mais amplos na comunidade (centro de dia, serviços de apoio domiciliário para as refeições e higienização da casa e roupa para os ascendentes apoiados) (Figueiredo, 2012).

Nas famílias supracitadas também se diagnosticou *Processo Familiar Disfuncional* pela *relação dinâmica disfuncional*, implementando-se as seguintes intervenções: promover o envolvimento da família; promover a comunicação expressiva de emoções; e otimizar a comunicação na família (Figueiredo, 2012). Foi possível aplicar algumas técnicas de intervenção interacionais no âmbito da intervenção terapêutica familiar, para uma maior efetividade e sustentação dessas intervenções, como: os rituais terapêuticos; a metáfora; e o reenquadramento (Figueiredo, 2012; Reis et al., 2022).

Sendo a família representativa de uma unidade potencializadora do sucesso, e as crises representativas de oportunidades à mudança (novo nível de funcionamento, mais diferenciado e mais complexo), é crucial perante as necessidades diagnosticadas a

avaliação do *Coping Familiar*, isto é, da capacidade da família de gestão e mobilização de estratégias na resolução das mesmas (Figueiredo, 2012).

Cabendo ao EEESF promover a capacidade da família na co-construção das suas estratégias de *coping*. Assim aplicando a técnica de rituais terapêuticos conduz a família à realização de atividades agregadoras, alcançando novos ou recuperando rituais familiares com o intuito de aumentar as suas competências, promover a sua identidade e coesão familiares, e alterar padrões de comunicação. Por sua vez, aplicando a técnica da metáfora orienta as partes intervenientes a estabelecer a ponte entre o que se pensa e o que se quer expressar, onde uma relação de analogia entre elementos a princípio diferentes facilita uma nova consciência dos mesmos, possibilitando o entendimento dessa relação de eventos, ideias, características ou significados, transformando experiências conduzindo a novas informações. Através da técnica do reenquadramento no âmbito de pensar de forma diferente a necessidade familiar, reenquadra-se a problemática familiar numa nova perspetiva dando-lhe um novo sentido ou significado, associando o comportamento/ação a algo positivo com o intuito da harmonização de relações familiares. Estas técnicas permitem a mobilização de recursos internos do sistema familiar e dos seus subsistemas, com o intuito à mudança dos padrões relacionais (Gil, Montoya, Ocampo, Orozco & Pineda, 2016; Reis et al., 2022).

Orientada a prática na abordagem sistémica, não só houve lugar como descrito anteriormente à intervenção nas famílias desenvolvendo o *coping* familiar perante necessidades familiares diagnosticadas, como se procurou a concretização de cuidados antecipatórios por forma a facilitar transições futuras (Figueiredo, 2012). Assim, as famílias foram encorajadas a partilhar as suas histórias identificando e analisando a dinâmica familiar, explorando estratégias e técnicas motivacionais no sentido de a melhorar, levando-as a identificar novas estratégias para alcançar novos objetivos subjacentes aos seus projetos de saúde e bem-estar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Alocadas ao SClínico® encontram-se parametrizadas como já abordado, a Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer e a Escala de Risco Familiar Garcia Gonzalez, cujos os resultados da sua aplicação foram aliados à avaliação das famílias orientada pelo MDAIF. Ainda assim, das famílias avaliadas três foram sinalizadas com risco familiar: duas com médio risco pela primeira escala supracitada; e uma com médio risco pela segunda escala supracitada (Figueiredo, 2012). As famílias são identificadas como famílias vulneráveis

mediante a avaliação de parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde. Após a sua avaliação ficaram sinalizadas por parâmetros de saúde (patologia crónica), de fatores sociais (isolamento social), só duas permitiram a intervenção familiar e uma recusou intervenção. As que permitiram oportunidade à intervenção, a mesma compadece-se com a atividade diagnóstica e interventiva exposta anteriormente.

A documentação do processo supracitado no “processo familiar” alocado no Programa de Saúde da Família não é uma prática sistemática, mostrando-se subvalorizada à documentação em processo individual. Pesa a limitação da parametrização no SClínico®, que contempla campos destinados a dados colhidos da avaliação familiar, contudo são reduzidos ou e outros ausentes (documentação do genograma e ecomapa familiares), assim como a diminuta parametrização da atividade diagnóstica e interventiva. Não obstante, obtiveram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF implementados, demonstrado a eficácia das intervenções acordadas com as famílias como veremos descrito à frente.

Ressalva-se a premência de articular o tempo da consulta de enfermagem e da visita domiciliária, muitas vezes percecionado de forma insuficiente quer pelo profissional para a avaliação e intervenção à unidade familiar, quer pela família para expor as suas necessidades. A OE através do Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, aprovou a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, preconizando que nos CSP a consulta de enfermagem deve realizar-se num tempo médio de 30 minutos, e a visita domiciliária num tempo médio de 60 minutos excluindo a deslocação. Constatou-se na prática clínica que esses não são os tempos cumpridos, como da mesma forma no contexto de visita domiciliária, a mesma não é assegurada por dois enfermeiros como exposta na norma, no sentido de garantir o apoio necessário à prestação dos cuidados de enfermagem, bem como por razões de segurança tanto do cliente como do profissional. Como abordado no primeiro ponto deste relatório, estas são questões que se compadecem com o incumprimento do rácio de enfermeiros por famílias ou utentes (verificado em ambas as USF’s), em prejuízo das famílias.

2.2. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS DA FAMÍLIA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Para Figueiredo (2012) os resultados obtidos pelas famílias em função da avaliação e intervenção familiares, manifestam-se na mudança dos juízos diagnósticos em ganhos de saúde, configurando-se nas mudanças estabelecidas no funcionamento familiar, atendendo às dimensões cognitivas, afetiva e comportamental, acarretando novas histórias, relações e novos comportamentos. E porque as famílias “(...) movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global a nível dos padrões familiares.” (Ibidem, p. 178), a autora realça a interdependência e circularidade entre as áreas de atenção das dimensões familiares transversais a todo o processo de cuidados, isto é, da avaliação diagnóstica à avaliação de resultados.

O contributo do exercício na prestação de cuidados pelo EEESF retratado na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos seus cuidados, gera um conjunto de dados traduzidos em indicadores representantes de marcadores particulares do estado de saúde do sistema familiar (OE, 2007).

Das áreas de atenção identificadas na Dimensão Estrutural da família, 2 famílias em transição para o *Papel de Prestador de Cuidados* foram diagnosticadas com *Precaução de Segurança Não Demonstrada (Edifício Residencial)* na dimensão *conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas*. Estas obtiveram ganhos em saúde com modificação positiva da dimensão *conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas não demonstrado* para *demonstrado*.

Na Dimensão de Desenvolvimento da família das áreas de atenção familiar focadas em 2 famílias em transição para a parentalidade, as quais foram diagnosticadas com *Satisfação Conjugal Não Mantida* pela *comunicação do casal não eficaz*, alcançaram ganhos em saúde com a modificação positiva da dimensão *comunicação não eficaz* para *eficaz*. Em 3 famílias na mesma transição diagnosticou-se *Papel Parental Não Adequado* pelo *conhecimento do papel não demonstrado*, tendo todas obtido ganhos em saúde traduzidos pela modificação positiva da dimensão do *conhecimento do papel não demonstrado* para *demonstrado* após implementadas as intervenções relacionadas com o ensino aos pais de cuidados parentais diferenciados segundo a etapa do ciclo vital descritas no subponto anterior (famílias: com filhos pequenos; com filhos na escola; com filhos adolescentes

(Relvas, 1996), traduzindo-se em indicadores também eles diferenciados. Em 6 famílias também no mesmo processo de transição diagnosticou-se *Adaptação à Gravidez Não Adequada* pela dimensão *conhecimento não demonstrado*. Em todas elas houve ganhos em saúde com a modificação positiva da dimensão *conhecimento não demonstrado* para *conhecimento demonstrado*, após a intervenção familiar também ela já descrita no ponto.

Na Dimensão Funcional da família das 3 famílias em transição saúde-doença com *Processo Familiar Disfuncional* pela *comunicação familiar não eficaz*, todas obtiveram ganhos em saúde pela modificação positiva da dimensão *comunicação familiar não eficaz* para *eficaz*, após a implementação das intervenções descritas no subponto anterior.

Em função dos resultados expostos, houve ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF traduzidos na modificação positiva dos juízos diagnósticos com um impacto positivo na saúde familiar. Através da sua documentação no “processo familiar” alocado ao Programa de Saúde da Família no SClínico[®], ficou demonstrado que as intervenções de ESF planeadas colaborativamente com as famílias, ao traduzirem-se nos ganhos em saúde familiar mostraram-se eficientes na capacitação para a autossuficiência das famílias na conceção dos seus objetivos subjacentes ao seu projeto de saúde familiar.

Houve aquisição e desenvolvimento de CEEEECAESF intervindo de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar familiar, com a conseqüente formalização da monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem ESF, através da avaliação da eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares, obtendo ganhos em saúde. Concomitantemente, foi possível a gestão do sistema de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, através da utilização dos sistemas de informação e tecnologia disponíveis no sentido de melhorar os resultados de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Contribuiu-se para a difusão do processo de pensamento e análise crítica da ESF (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho), demarcando-se a limitação subjacente e abordada no subponto anterior quanto à ainda parca documentação do processo de enfermagem à família no “processo familiar”, inerente à sobrevalorização da documentação do processo de enfermagem ao indivíduo. No âmbito da ESF são ainda muito valorizados os atos de enfermagem, e não os resultados sensíveis aos cuidados de ESF, o que torna premente para a prestação de cuidados com vista à excelência do exercício profissional, que se transmita informação reveladora do conhecimento acerca

da ESF, definidora de indicadores relativos à saúde familiar. Fica a ressalva para o único indicador existente no conjunto de indicadores estabelecidos na carteira básica de serviços contratualizados pelas USF's, e que permite avaliar ganhos em saúde direcionados à família como unidade de intervenção, a saber: *“Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem”* (Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP, 2022).

Ainda acerca da documentação do processo supracitado e da sua importância em tradução de indicadores de saúde, acresce que a prestação de cuidados envolvidos ao longo desse processo pode contribuir para gestão de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, tendo em conta o ainda atual orçamento de estado em vigor que contempla a continuidade ao processo de reforço do Serviço Nacional de Saúde, particularmente no reforço da política de recursos humanos (Lei n.º 24-D/2022, de 30 de dezembro).

A abordagem sistémica à multidimensionalidade familiar foi sustentada nos quadros de referência na área de ESF, na capacidade de aplicação da matriz operativa do MDAIF no processo de cuidados à família, e no cumprimento dos enunciados descritivos regulamentados para a área no âmbito nacional e internacional atendendo: aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho); nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de ESF (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho); na posição emanada na *“Position Statement On Advanced Practice Competencies For Family Nursing”* da International Family Nursing Association em continuidade com os pressupostos formativos inerentes à Declaração de Posição sobre Competências do Enfermeiro Generalista na Prática de Cuidados à Família (IFNA, 2015), seguida da Declaração de Posição sobre Competências de Prática Avançada em Enfermagem Familiar (Ibidem, 2017), e à Declaração de Posição em saúde Planetária e Saúde da Família (Ibidem, 2020).

Atendendo aos enunciados descritos nos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolveu-se o processo de cuidados às famílias orientado pela matriz operativa do MDAIF, aplicando um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar. Os planos de cuidados de ESF foram elaborados colaborativamente com as famílias, atendendo à unicidade familiar retratada na sua multisingularidade, promovendo a capacitação global de cada família e dos seus membros na sua dimensão individual

(Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho) procurando equilibrar: a procura de elevados níveis de satisfação; a promoção da saúde; a prevenção de complicações para a saúde; a maximização do bem-estar; o desenvolvimento de processos de adaptação eficaz aos problemas reais e potenciais de saúde (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

A assertividade no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais foi uma preocupação constante, além do desenvolvimento de CCEE e de CEEEECAESF suportadas nas atividades clínicas realizadas nos contextos da prática especializada descritas atrás. Reconhecendo as suas limitações pessoais e profissionais, procurou orientações na equipa multidisciplinar que representa um elo de ligação com as famílias, potenciando o seu envolvimento terapêutico e os ganhos em saúde decorrentes da organização e gestão do processo de cuidados de proximidade, e dos recursos externos e internos das famílias (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

3. LIDERANÇA E COLABORAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Serão apresentadas neste ponto, as atividades que proporcionaram o desenvolvimento de CCEE envolvendo “(...) as dimensões de educação dos clientes e pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744). No que concerne às CEEECAESF também serão descritas as atividades realizadas que sustentaram o seu desenvolvimento, permitindo “*Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar*” ao gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família, bem como gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, pp. 19358 - 19359).

Mediante o exposto no Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho, o EEESF procurando a excelência no exercício profissional contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Porque a comunicação para a saúde “(...) visa melhorar a literacia em saúde, e consequentemente o estado de saúde dos indivíduos e populações (...)”, e “(...) a educação para a saúde inclui oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde (...)”, foram várias as atividades desenvolvidas em ambos os momentos de estágio, procurando capacitar as famílias para a literacia em saúde familiar (Ibidem, pp. 17389-17390).

No primeiro momento de estágio, a propósito do Dia Comemorativo da Família (15 de maio de 2022) em colaboração com outra mestranda a realizar estágio numa USF pertencente ao ACES, foi redigida a crónica “Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa” (Apêndice I) para um periódico da área de abrangência da USF A, que deu origem a um *post* no *Facebook* da mesma unidade (Apêndice II).

No segundo momento de estágio na USF B criou-se a oportunidade em parceria com um grupo de mestrandas a estagiarem noutras USF’s do ACES, à divulgação e dinamização de um projeto de melhoria continua subjacente ao tema “Melhores Práticas nas Famílias

em Transição para a Parentalidade no Contexto Domiciliário.” (Apêndice III), cujos os objetivos se traduziram em: dar visibilidade, valorizar, e melhorar os cuidados de ESF com o intuito de obter ganhos em saúde decorrentes dos mesmos; refletir sobre a prática da implementação da visita domiciliária a famílias em transição para a parentalidade e, da implementação de intervenções facilitadoras do processo de transição para a parentalidade de forma saudável. Foi um projeto concebido na unidade curricular “Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade”, decorrendo da identificação da necessidade de melhorar os resultados referentes ao indicador “*Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária da sua Enfermeira de Família*” contratualizado, visto que em algumas das USF’s nomeadamente na USAF B obteve-se um *score* aquém do conjunto representado pelas USF’s pertencentes ao ACES. Houve ainda a pretensão de impulsionar à criação de indicadores na área de ESF. Entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023 foram realizadas um total de cinco sessões formativas, abrangendo a USF B e as USF’s do ACES, onde as mestrandas realizaram os seus estágios.

Sendo “(...) a comunicação para a saúde uma estratégia chave destinada a informar a população sobre questões relacionadas com a saúde (...)”, a “(...) utilização dos meios de comunicação e multimédia e outras inovações tecnológicas aumenta a consciência sobre aspectos da saúde individual e coletiva e sobre a importância da saúde no desenvolvimento.” (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho, p. 17389). Neste contexto na USF B houve ainda oportunidade em parceria com outra mestranda a realizar estágio na mesma, de realizar uma sessão formativa às várias equipas de saúde familiar subordinada ao tema “Saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar.” (Apêndice IV). Foi divulgado um panfleto informativo no âmbito da consulta de enfermagem e da visita domiciliária, e expostos na sala de espera da unidade o panfleto e um vídeo ilustrativo do tema. Foi realizado um *post* na página do *Facebook* da unidade, para divulgação do panfleto e do vídeo supracitados. Com esta atividade destacou-se a importância das distintas temáticas impactantes para a saúde mental e emocional no sistema familiar, consciencializando os profissionais de saúde, os utentes e respetivas famílias para as situações complexas de saúde ao longo do CVF subjacentes a essas temáticas.

No âmbito do Programa de Saúde da Família, em ambas as atividades descritas anteriormente (projeto de melhoria contínua e sessão formativa) foram explicitadas e

demonstradas a documentação da atividade diagnóstica e da intervenção à família no “processo familiar”, sob a orientação da matriz operativa do MDAIF que sustenta a parametrização dessas atividades no SClínico®.

No *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*, a mestranda procurou ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora oportuna em virtude das necessidades formativas na área da ESF (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Mediante o exposto anteriormente, foi possível atingir a CEEECAESFF “*Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar*”, colaborando na gestão do “(...) sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (...)” e utilizar os “(...) sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar.” (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de julho, p. 19359).

Foi possível desenvolver CCEE no *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade* desenvolvendo “(...) práticas de qualidade, colaboração e concepção de projetos na área da qualidade e sua disseminação” e no *Domínio da Gestão dos Cuidados* “(...) adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745). Proporcionou em simultâneo o desenvolvimento de CEEEECAESF, pela promoção à “... *colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família.*” (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho, p. 19358).

Na procura da constante da otimização do processo de cuidados à família ao nível da tomada da decisão, foram geridos os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde familiar, reconhecendo-se a necessidade de referenciar as famílias para outros profissionais de saúde, mobilizando os recursos necessários nesse sentido. Como descrito no subponto anterior, houve articulação: com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (consultas de psicologia e de nutrição; e referenciação ao Serviço Social); com a Unidade de Cuidados na Comunidade (referenciação para Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica – curso de preparação para o parto). Visando a garantia da qualidade dos cuidados, adaptou a liderança e a gestão dos recursos às famílias em situação complexa e ao contexto, reconhecendo os papéis e funções distintos, não obstante interdependentes na equipa de

saúde familiar, sempre na procura de fomentar um ambiente positivo e favorável à prática clínica especializada de ESF (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho; Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

CAPÍTULO II – ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresenta-se o estudo de investigação desenvolvido, considerando as CCEE no âmbito do *Dominio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*. Assumindo-se como um agente ativo no campo da investigação, a mestranda procurou contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada na área da ESF. Identificou lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, no âmbito do conhecimento na área supracitada (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho; Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O enquadramento contextual da problemática que sustenta o estudo desenvolvido, considera no domínio supracitado a CCEE “*Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*”, alicerçando “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como (...) agente ativo no campo da investigação (...)” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749), bem como as CEECAESF: “*Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção*” integrando “ (...) a investigação e a evidência científica clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar (...)”; e “*Liderar e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar*”, promovendo “ (...) uma cultura organizacional, de formação, de prática e investigação (...)” (Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho, p. 19359).

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O aumento da proporção de pessoas idosas em simultâneo com o decréscimo da população jovem e da população em idade ativa, tem vindo a traduzir-se num claro sinal do envelhecimento demográfico populacional. Os últimos resultados disponibilizados no Instituto Nacional de Estatística - Censos de 2021 em Portugal, demonstram que nas últimas décadas existiu um claro aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos de idade, tendo a evolução demográfica entre 1960 e 2021 ficado marcada: pela diminuição

da natalidade; pelo declínio da fertilidade relacionado com o fato das mulheres adiarem a maternidade para os 30 e 40 anos de idade, aumentando a idade média para o nascimento do primeiro filho em prol de outros fatores como estabilidade económica e a procura do sucesso na carreira profissional; pelos reduzidos níveis médios de mortalidade ou em redução e, pelo aumento simultâneo da esperança média de vida (Moniz, 2019; PORDATA, 2023a; Suh, 2016).

Há algumas décadas atrás a cossobrevivência geracional (de duas ou mais gerações) e as relações entre as mesmas, além de um panorama raro eram de pouca duração, pois a alta mortalidade não permitia essa coexistência o tempo suficiente. Contudo, atualmente a realidade do envelhecimento demográfico populacional torna-a comum (Ascensão, 2021).

O processo do envelhecimento aumenta a probabilidade da instalação da patologia crónica no indivíduo, o que potencialmente o torna dependente dos cuidados de um ou mais cuidadores para ser assistido ou substituído nas suas atividades de vida diárias. O aumento da existência de cuidadores informais é um fato mundial, e o panorama português não é exceção (Moniz, 2019; Steiner & Fletcher, 2017). Indissociável do contexto anterior, a interdependência intergeracional torna-se também ela um contexto desafiante e exigente no âmbito de adaptações e respostas das políticas de saúde, do Serviço Nacional de Saúde, dos profissionais de saúde, dos sistemas familiares e da comunidade. Todas estas questões estão intimamente ligadas à problemática da “geração sanduiche” (Estevens, 2015).

O fenómeno da “geração sanduiche” não é novidade na literatura, tendo em 1981 Doroty Miller introduzido o termo. A autora equacionou a configuração desta geração com adultos (mulheres) de 40 anos que conjugavam os cuidados aos filhos e até netos (menores de 18 anos de idade), em simultâneo com os cuidados aos pais idosos (com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos). Já na altura concluiu nos seus estudos, que essa responsabilidade simultânea poderia conduzir a um conjunto de perturbações nas cuidadoras em “sanduíche” em função da desigualdade de contribuição de recursos e serviços face ao ganho ou troca dos mesmos por parte de quem cuidavam (Jesus, 2015; Moniz, 2019; Targino, 2019).

De 1981 até 2017 a maior parte dos autores têm equacionado nos seus estudos a configuração da “geração sanduiche” com adultos, mulheres ou casais de meia-idade

(entre os 40 e os 65 anos) que cuidam simultaneamente de filhos menores de 18 anos e de pessoas idosas (pais e/ou sogros e/ou avós independentemente da sua idade) (Ascensão, 2021; Moniz, 2019).

Nas últimas décadas temos vindo a assistir apar dos factores subjacentes ao envelhecimento demográfico populacional descritos atrás, à diminuição da dimensão média do agregado familiar é subjacente ao fator da maternidade tardia (gestantes acima dos 35 anos), que como fenómeno crescente é influenciado: pela procura da mulher pela estabilidade financeira; pela maturidade tardia do casal (jovens adultos mais dependentes dos progenitores levando a conjugalidades tardias); e a vontade de conciliar o projeto de uma carreira profissional bem-sucedida com o projeto de vida familiar. Recentemente são várias as previsões traçadas, quanto a futuras dificuldades na gestão da vida familiar por estes casais. Têm pais em idade avançada que necessitam ou necessitarão num futuro muito próximo de cuidados, tendo que assumir o *Papel de Prestador de Cuidados* conciliando-o com as demais funções e papeis subjacentes aos vários subsistemas constituintes do seu sistema familiar, nomeadamente com o *Papel Parental* de menores em idade pré-escolar e escolar, a manutenção do sistema conjugal, e ainda as responsabilidades inerentes à manutenção de uma carreira profissional (Oliveira, Araújo & Ribeiro, 2020; Riley & Bowen, 2005; Steiner & Fletcher, 2017).

No contexto da intergeracionalidade o casal de meia-idade ou geração do “meio”, detém uma função pivô na articulação das múltiplas responsabilidades intergeracionais, vendo-se impelido do ponto de vista da sistémica familiar a uma dinâmica relacional que pondere as suas necessidades e as necessidades das gerações com as quais se encontra em interação. Considerando a conjugalidade um espaço de apoio ao desenvolvimento familiar, abordando sistemicamente a unidade familiar, o casal por um lado enquanto subsistema conjugal apar do reforço diário da relação conjugal necessita à sua maneira de autonomia perante os outros subsistemas familiares, por outro lado, enquanto subsistema parental apoia a construção da autonomia dos filhos, e por último como subsistema filial terá que atender a uma relação invertida com o subsistema parental (os ascendentes) (Alarcão, 2006; Relvas, 1996).

O subsistema conjugal surge da união de dois adultos que mantêm uma relação conjugal interdependente e complementar, com a presença de três realidades distintas: o eu; o tu; e o nós. Este último podendo ser entendido como uma perda em individualidade, representa, contudo, um ganho em sentido de pertença, complementaridade, cooperação

e simbiose (Relvas, 1996). O entrelaçamento dos “eus” na conjugalidade (o nós) projeta-se através de negociações, da resignificação e da conciliação de desejos e expectativas individuais numa contínua construção e manutenção da relação a dois com considerada estabilidade e satisfação diante da influência dos diversos impactos sociais e culturais (Porreca, 2019). Deve ser compreendida como uma realidade complexa, instável e intersubjetiva, constituída por múltiplas e diversas interações contínuas entre o casal na própria relação conjugal em si e com o contexto socio-histórico, cultural e econômico em que estão inseridos (Ibidem).

Vivenciar o processo de envelhecimento na família, em particular pelos filhos de meia-idade em relação aos seus pais é de extrema riqueza, no entanto, constitui-se um desafio a ser vivido pelo sistema familiar e os pelos seus subsistemas, em particular pelo subsistema conjugal. Necessitará de expandir a sua flexibilidade pela revisão, adaptação e inversão de papéis (pais dos seus pais), funções e tarefas familiares, paralelamente à vivência de outros processos de transição (desenvolvimentais; do estado saúde-doença; situacionais e organizacionais) (Loureiro, 2011).

Ward e Spitze como referido por Alexandre (2011), através dos seus estudos afirmaram que o bem-estar de casais em “geração sanduíche” pode ser perturbado pela combinação das exigências dos papéis intergeracionais como pais e como filhos. Em consonância Zal como referido por Moniz e Afonso (2021), nas suas investigações sugeriu que o apoio simultâneo a gerações diferenciadas (pais idosos e filhos) pode ter impacto nas questões de vida conjugal originando problemas nas relações íntimas, com um efeito negativo no casamento.

Em suma, a problemática da “geração sanduíche” encerra em si desafios interligados como: a intergeracionalidade (movimentos relacionais da vida familiar interligando as várias gerações); a dependência e cronicidade (declínio da capacidade funcional e cognitiva) assumidamente limitadoras nos vários domínios do quotidiano do idoso; a conjugação de papéis, funções e responsabilidades imputadas ao sistema familiar em “sanduíche” na sua totalidade e aos seus subsistemas constituintes (subsistema conjugal, parental e filial), com as possíveis alterações na dinâmica familiar decorrentes da conjugação do quotidiano familiar enquanto cuidadores informais dos seus ascendentes e educadores de filhos menores tornando-se cuidadores em “sanduíche”; e ainda com a manutenção da carreira profissional (Figueiredo, Martins, Silva & Oliveira, 2011).

Como já abordado, na caracterização da população de utentes inscritos nos ficheiros de ambas as equipas de saúde familiar no capítulo I, constatou-se que eram maioritariamente constituídas por adultos de meia-idade com tendência para o envelhecimento. Ao longo do processo de cuidados às famílias, houve oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com várias famílias em “geração sanduíche”, levando-as a partilhar a sua perceção da vivência do CSAD, bem como ao contato com casais tardios em transição para a parentalidade que estariam a antecipar a assunção do *Papel de Prestador de Cuidados* informais aos seus ascendentes, começando a consciencializarem-se que num futuro próximo se deparariam com o processo de transição situacional inerente ao CSAD. Todo este contexto motivou a investigação das possíveis implicações desafiantes que o contexto do CSAD tem no sistema familiar, particularmente no sistema conjugal.

O EEESF enquanto gestor, organizador de recursos e agente facilitador da adaptação da família e dos seus subsistemas que experienciam processos de transição, prepara-a informando-a através do processo de aquisição de novas competências relacionadas com essas experiências no sentido de as enfrentar e executar com mestria. Intervém sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano, centrando a sua atenção no processo e nas experiências em transição onde a saúde e o bem-estar são percebidas como resultados do processo de cuidados especializados (Meleis, 2010; Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho).

Considerando os princípios do CBF e a abordagem pluridimensional proporcionada pela matriz operativa do MDAIF sustentada no pensamento sistémico de que a unidade familiar é o principal foco de atenção considerando sempre os seus subsistemas, permite que a visão e atuação do EEESF se centrem no padrão de interação familiar, no enredo complexo da dinâmica do sistema familiar, particularmente na relação dinâmica conjugal. Na procura da promoção da relação conjugal na continuidade da perceção de uma relação satisfatória pelo casal, o conhecimento da essência do processo de transição situacional representado na vivência do CSAD pelos casais em “geração sanduíche” pelo EEESF, guia o processo de enfermagem dirigido aos mesmos e sustentado no diálogo colaborativo codesenvolvendo e implementando planos de cuidados especializados no âmbito das suas necessidades conjugais equacionados e priorizados em parceria com os mesmos. Guiando-os na conscientização das suas forças, recursos, na consideração desse processo como uma oportunidade de mudança e transformação, promove respostas positivas e facilitadoras de uma transição saudável em direção ao desenvolvimento conjugal e

consequentemente familiar (Figueiredo, 2012; Meleis, 2010; Meleis, 2012; Silva, Figueiredo & Melo como referido por Silva (2021); Regulamento n.º 428/2018, de 6 de junho).

O foco da presente investigação orientada no MDAIF centrou-se na dimensão de *Desenvolvimento Familiar* alocada ao tema da conjugalidade de casais em “geração sanduíche”, considerando o sistema de inter-relações conjugal na área de atenção familiar *Satisfação Conjugal*, e ainda dimensão *Funcional da Família*, nomeadamente na categoria avaliativa *Processo Familiar* que enfatiza a dimensão expressiva familiar, na sua dimensão operativa *Crenças Familiares*.

Decorrente das possíveis implicações do contexto do CSAD na dinâmica familiar, concretamente nos processos de conjugalidade associados à continuação de uma relação satisfatória do subsistema conjugal, foi elaborada a seguinte questão orientadora da investigação: “Quais as implicações na satisfação conjugal de casais em “geração sanduíche”, decorrentes do cuidado simultâneo a ascendentes e descendentes?”.

Com o intuito de produzir evidência na área de ESF e paralelamente conduzir a um maior entendimento do fenómeno da “geração sanduíche” contribuindo para uma prática especializada de cuidados direcionada às exigências e especificidades destas famílias, em concreto para que a avaliação e intervenção colaborativas com casais em “geração sanduíche” sejam focadas nas suas necessidades conjugais reais e potenciais, foi desenvolvido o estudo de investigação que será apresentado de seguida.

1.1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O enquadramento metodológico de uma investigação, implica que se implemente um conjunto de métodos e técnicas, no sentido de concetualizar e compreender o fenómeno pretendido (Fortin, 2009). De seguida apresenta-se a metodologia implementada para o conhecimento da perceção de implicações na conjugalidade de casais em “geração sanduíche”.

➤ **Objetivos do estudo**

Para Fortin (1999) os objetivos do estudo serão norteadores da exploração, descrição e compreensão da temática. Na procura da resposta à questão de investigação supracitada,

sustentada na abordagem sistémica a casais em “geração sanduíche” definiram-se como objetivos da investigação: descrever as implicações na *Satisfação Conjugal* percecionadas pelos casais em “geração sanduíche” decorrentes do contexto do CSAD; conhecer as estratégias de coping conjugal que facilitaram a adaptação dos casais em “geração sanduíche” às implicações percecionadas na *Satisfação Conjugal*; e por último descrever a perceção dos casais em “geração sanduíche” acerca da intervenção do Enfermeiro de Família, para a funcionalidade familiar no contexto do CSAD.

➤ **Tipo de estudo**

A investigação fundamentada na metodologia qualitativa, compreende o sentido da realidade social na qual se insere a ação, sendo que cada realidade firmada nas perceções de cada individuo torna-se única e imprevisível. Os estudos descritivos possibilitam a obtenção de mais informação de um fenómeno ou de um conceito pertinente numa população, mas que é ainda pouco estudado na investigação. Num estudo transversal, a obtenção dos dados é relativa à frequência de uma situação específica num momento da entrevista (Fortim, 1999).

Hanson (2005) considera um estudo exploratório, quando é escasso o conhecimento acerca de um determinado fenómeno.

Mediante o exposto e considerados os objetivos traçados para a investigação, realizou-se um estudo transversal, descritivo exploratório, com abordagem qualitativa.

➤ **Técnica e o instrumento de recolha de informação**

Representando o principal método de recolha de informação na investigação qualitativa, os participantes no estudo foram entrevistados individualmente a partir de um guião de entrevista semiestruturado (Apêndice V), estabelecendo-se uma forma particular de comunicação verbal entre a investigadora e os participantes, permitindo a colheita de informação em função da questão de investigação elaborada (Fortim, 1999).

Orientado na matriz operativa do MDAIF, o guião foi organizado com base na dimensão avaliativa de desenvolvimento familiar incidindo na categoria avaliativa da *Satisfação Conjugal*, e na dimensão funcional da família como foco na categoria avaliativa *Processo Familiar* na sua dimensão operativa *Crenças Familiares* (Figueiredo, 2012). Foi

estruturado em cinco pontos, constituindo-se de questões de resposta aberta. As primeiras questões foram relativas ao perfil sociodemográfico dos participantes, à caracterização demográfica do(s) ascendente(s) e do(s) descendente(s), e ao contexto dos cuidados. As seguintes questões pretenderam conhecer as implicações percebidas na *Satisfação Conjugal* pelos casais em “geração sanduíche” decorrentes do contexto do CSAD. Com a última questão pretendeu-se compreender a percepção dos casais acerca da intervenção, do apoio do Enfermeiro de Família na experiência inerente ao contexto do CSAD.

➤ **Procedimentos para a colheita da informação**

Os casais foram convidados a participar no estudo pela EOC ou respetiva EF. Com os que aceitaram e consentiram a sua participação no mesmo, agendou-se o momento e local da realização da entrevista consoante a sua preferência olhando à privacidade, conforto e flexibilidade de horário sem interferência com as suas rotinas. Houve casais que tiveram preferência pela entrevista na USF B e outros no seu domicílio.

Antes da realização da entrevista foram informados acerca dos objetivos e contexto da mesma, da constituição do guião de entrevista e do tempo da duração da mesma, da finalidade da informação colhida, da necessidade de gravação das entrevistas em áudio, e por último da relevância da sua participação na investigação e para a área da ESF. Com uma duração em média de 30 minutos cada elemento da díade conjugal expressou-se em na entrevista marcada por um ambiente informal com total liberdade nas questões realizadas, não tendo na presença do outro elemento do casal um fator condicionante da mesma.

➤ **Participantes do estudo**

A população que integrou o estudo foram as famílias em “geração sanduíche” inscritas na USF B. Com a pretensão de abranger todas as famílias no contexto do CSAD inscritas na unidade, a amostra de participantes foi elegida através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, e assim facilitando o procedimento de colheita de informação.

Para identificar o número total de famílias elegíveis para o estudo, a EOC ou a respetiva EF acedeu às seguintes listas de utentes no SClínico®: lista de utentes com o Programa

de Saúde do Adulto e o Programa de Saúde do Idoso associados; lista de utentes com o Programa de Saúde Infantil e Juvenil associado; e lista de utentes com o Programa de Saúde Materna, Reprodutiva e Planeamento Familiar. Incluíram-se na amostra casais que simultaneamente cuidam continuamente de ascendentes e de descendentes (filhos ou netos menores de 18 anos), excluindo os casais em que um dos elementos expressasse a recusa na sua participação. Totalizou-se uma amostra de 10 casais em “geração sanduíche”, tendo sido entrevistados 20 sujeitos (10 homens e 10 mulheres) constituintes dos mesmos que anuíram a informação relevante para o estudo.

Os entrevistados e entrevistadas foram identificados por código alfanumérico, isto é, pela letra M (mulher) e H (homem) seguido de um número de 1 a 10 com correspondência a cada díade conjugal.

➤ **Considerações éticas**

Um estudo de investigação que envolva a participação de seres humanos levanta questões éticas e morais (Fortin, 1999). Foram respeitados os direitos: ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo; e ainda o direito a um tratamento justo e equitativo de todos os participantes envolvidos (Ibidem). Atendendo aos princípios éticos e deontológicos que orientam o exercício da profissão de enfermagem, e fazendo-se cumprir com o exposto no Código Deontológico - Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, atendeu-se ao respeito do direito: à autodeterminação; à intimidade da pessoa e da sua família; ao anonimato e à confidencialidade de informações pessoais retratado no dever do sigilo.

Com base na norma n.º 15/2013, de 3 de outubro, emanada pela Direção-Geral de Saúde (2013) foi salvaguarda a questão ético-legal do consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice VI) aos participantes na investigação. Assim, viram preservado o direito de conhecimento pleno da informação relativamente à natureza e duração da mesma, dos objetivos a alcançar, descrevendo os procedimentos, assegurando o direito de decidirem a sua participação ou não livre de coação, podendo desistir a qualquer momento da entrevista e/ou da investigação sem prejuízo dos seus direitos. A sua concordância foi formalizada com assinatura do consentimento supracitado, previamente à realização da entrevista para colheita dos dados.

Para a realização do estudo de investigação, solicitaram-se previamente as seguintes autorizações institucionais: ao Coordenador da USF B (Anexo IV); à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer n.º 930/11 - 2022) (Anexo V); e à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para autorização ao acesso aos dados das famílias (Parecer n.º 145/22 - 19.01.2023) (Anexo VI), tendo sido obtido parecer favorável de todos os intervenientes. Foi realizado um pedido adicional pela EOC à administração supracitada para acesso às listas de utentes e respetivas famílias no SClínico[®], sendo para tal solicitada a autorização para registo no respetivo processo clínico individual e familiar ao seu Conselho Diretivo, em matéria de proteção de dados (Anexo VI).

De acordo com o exposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados n.º 679/2016, de 27 de abril emanado pela união Europeia (2016) após a análise dos resultados, destruiu-se o ficheiro das entrevistas gravadas em áudio.

➤ **Processo de análise da informação**

Após audição repetida das entrevistas gravadas em áudio dos participantes, transcreveram-se as mesmas na íntegra, com a sua leitura posterior. De seguida a informação colhida foi sujeita à análise de conteúdo do discurso direto dos participantes manifestado nas entrevistas, sustentada nos pressupostos teóricos de Bardin (2014). Ainda com base nos mesmos pressupostos, e após uma segunda leitura das entrevistas, foi realizada uma marcação das narrativas mais recorrentes e marcantes no discurso direto dos casais ao longo das entrevistas. Essas narrativas doravante designadas de unidades de registo (UR), mediante a semelhança e convergência temática do conteúdo do discurso direto dos participantes foram posteriormente alocadas em categorias elaboradas à priori fundamentadas na matriz operativa do MDAIF.

Na transcrição supracitada respeitou-se a linguagem dos participantes, recorrendo ao uso de símbolos para uma maior fidelidade e facilidade na sua compreensão. As reticências entre parêntesis - (...) para sequências das UR irrelevantes para a análise, o duplo parêntesis - (()) indicativo de suspensão da narrativa por silêncio associado ao momento reflexivo.

A validação da análise foi realizada por dois peritos com experiência na análise qualitativa da informação, para o acréscimo de rigor à investigação, não tendo sido possível a mesma retomando aos participantes pela finalização do momento de estágio.

Para realizar o processo de categorização recorreu-se à categorização *à priori* baseada nos pressupostos teóricos de Bardin (2014), suportada na dimensão de desenvolvimento familiar inerente à matriz operativa do MDAIF, focando a área de atenção familiar *Satisfação Conjugal* a partir das suas dimensões operativas de avaliação e itens avaliativos das mesmas (*relação dinâmica, comunicação e interação sexual*). Foi ainda focada a dimensão funcional familiar também ela inerente à matriz operativa do modelo supracitado, salientando a área de atenção familiar *Processo Familiar* a partir de sua dimensão operativa *Crenças Familiares*.

Após o processo de análise da informação findado, concretizaram-se os resultados, cuja interpretação foi baseada na articulação entre os resultados da análise de conteúdo, a revisão da literatura e a reflexão acerca do tema.

1.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicia-se a apresentação e discussão dos resultados relativos ao perfil sociodemográfico dos participantes, com a posterior caracterização dos ascendentes e descendentes e do contexto dos cuidados.

Orientada no MDAIF a apresentação e discussão dos resultados inicia-se pela dimensão estrutural das famílias participantes, identificando-se a composição familiar e o tipo de família. Posteriormente, focando-se a dimensão de desenvolvimento familiar seguem-se os resultados alocados às categorias que se sustentaram nos itens avaliativos das dimensões operativas da área de atenção familiar *Satisfação Conjugal* dos casais em “geração sanduíche” participantes. Com base na dimensão operativa *Relação Dinâmica* do casal orientaram-se as seguintes categorias: satisfação dos casais com a partilha das tarefas domésticas e responsabilidades; satisfação dos casais com o tempo que passam juntos; satisfação dos casais com a forma como cada um expressa os sentimentos. Por sua vez, com base na dimensão operativa *Comunicação do Casal* elaboraram-se as seguintes categorias: satisfação dos casais com o padrão de comunicação conjugal; satisfação dos casais quanto à partilha das expectativas e receios; satisfação dos casais quanto ao acordo quando há discordância de opinião. Com base na dimensão operativa *Interação Sexual*

organizou-se a categoria: satisfação dos casais com o padrão de sexualidade. Não existiram narrativas dos casais alusivas à dimensão operativa *Função Sexual*. Por último, destacou-se a dimensão funcional familiar onde os resultados foram alocados à categoria que se fundamentou na área de atenção familiar do Processo Familiar na sua dimensão operativa de *Crenças Familiares*, particularizando a categoria avaliativa das crenças nas intervenções dos profissionais de saúde da qual organizando-se a categoria: a intervenção do Enfermeiro de Família.

Tabela 1 - Categorias fundamentadas no MDAIF

DESENVOLVIMENTO FAMILIAR	FUNCIONALIDADE FAMILIAR
<i>Área de atenção familiar - Satisfação Conjugal</i>	<i>Área de atenção familiar - Processo Familiar</i>
<p>Categorias da dimensão operativa <i>Relação Dinâmica</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos casais com a partilha das tarefas domésticas e responsabilidades; - Satisfação dos casais com o tempo que passam juntos; - Satisfação dos casais como cada um expressa os sentimentos. <hr/> <p>Categorias da dimensão operativa <i>Comunicação do casal</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos casais com o padrão de comunicação conjugal; - Satisfação dos casais quanto à partilha de expectativas e receios; - Satisfação dos casais quanto ao acordo quando há discordância de opinião. <hr/> <p>Categoria da dimensão operativa <i>Interação Sexual</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos casais com o padrão de sexualidade 	<p>Categoria da dimensão operativa <i>Crenças Familiares</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crenças nas intervenções dos profissionais de saúde: - A intervenção do Enfermeiro de Família.

Fonte: (Figueiredo, 2012)

A descrição dos resultados foi justificada pelas UR mais expressivas por casal, sintetizando o conteúdo das entrevistas com destaque para os resultados mais pertinentes no estudo. Alguns resultados foram por exceção justificados com UR de um dos elementos do casal, pois apesar de pouco expressivas foram dignas de realce. A discussão dos resultados desenvolveu-se em simultâneo com a sua apresentação e análise descritiva.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Após análise da informação apurada através das questões sociodemográficas dos participantes, a idade dos mesmos situou-se entre os 31-65 anos de idade, com uma média de idades de 52,8 anos. A média de idades das mulheres cuidadoras em “sanduíche” foi de 52,7 anos (intervalo de idades entre os 37-65 anos) e dos homens cuidadores em “sanduíche” foi de 59, 2 anos (intervalo de idades entre os 31-65 anos).

Indo ao encontro dos primeiros estudos encetados sobre a problemática por Miller (1981), cujo o perfil demográfico da cuidadora “sanduíche” envolvia mulheres com idades compreendidas entre os 45-65 anos, concluiu-se pelos resultados idênticos apresentados que o perfil demográfico da cuidadora em “sanduíche” continua atual, tal como verificado no estado da arte mais recentemente (Afonso & Moniz, 2021; Ascensão, 2021; Moniz, 2019; Targino, 2019; Young, 2017). O foco das pesquisas na literatura acerca da problemática predominantemente é a geração de adultos na faixa etária dos [45-55] anos de idade, considerados adultos na meia-idade. O grupo etário predominante na amostra situa-se entre os 41-60 anos, à semelhança do explanado anteriormente. Contudo, pode impactar sujeitos com idade inferiores, tal como foi demonstrado no estudo realizado por Burke (2017) e confirmado pelos resultados neste estudo ainda que com pouca expressividade (um casal com idades entre os 31- 37 anos de idade).

Quanto ao grau de instrução todos os participantes são escolarizados: 4 possuem o 4º ano de escolaridade; 7 o 9º ano de escolaridade; 6 a escolaridade obrigatória (12.ª ano); 2 o grau académico de licenciatura; e 1 o grau académico de mestrado. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Afonso e Moniz (2021), onde a maior parte dos participantes revelaram habilitações literárias com maior expressividade entre o 2º e 3º ciclo de escolaridade. Os resultados corroboram os resultados do estudo de Ascensão (2021), onde o número de cuidadores em “sanduíche” com 3.º ciclo de escolaridade e estudos de grau académico superior foi o mesmo. Estes resultados contrariam os achados de Young (2017) e Moniz (2019), que constataram nos seus estudos que a maioria dos cuidadores em “sanduíche” tinham um grau académico de nível superior (bacharelato, mestrado ou doutoramento), grau de instrução esse com pouca expressão neste estudo.

Quanto à situação profissional: em 2 dos casais ambos os elementos estão reformados; em 2 dos casais o elemento feminino está ativo a tempo integral, e o elemento masculino está reformado, com o inverso verificado em um só casal; em 4 dos casais ambos os

elementos estão ativos a tempo integral, com a particularidade nestes casais de três das companheiras (M3, M7, H4) usufruírem da flexibilidade de horário. É expressivo e equiparado na amostra o número de mulheres e homens ativos profissionalmente a tempo integral, em contraposição ao número de mulheres e homens reformados.

Os resultados corroboram os achados dos estudos de Afonso e Moniz (2021), Ascensão (2021), Moniz (2019); Targino (2019) e Young (2017), onde a maioria dos cuidadores em “sanduíche” eram ativos profissionalmente a tempo integral, com reduzida expressividade do número de participantes a trabalharem em tempo parcial ou encontrarem reformados. No estudo desenvolvido por White-Means e Rubin (2009), os autores concluíram que os cuidadores em “sanduíche” eram mais propensos a trabalhar menos horas do que gostariam em relação a outros cuidadores informais, o que vem contrapor os resultados alcançados.

Realça-se que apesar de pouco expressivo na amostra como já demonstrado, as cuidadoras em “sanduíche” com flexibilidade de horário de trabalho, encontram nesta situação benefícios para a gestão do seu dia-a-dia mediante o contexto do CSAD, traduzidos em suma no equilíbrio entre a educação dos filhos e o cuidado aos ascendentes:

“(...) a flexibilidade do horário foi ideal para cuidar os meus pais ao mesmo tempo que cuido da minha filha, quando o meu marido não pode fazer face. É um benefício grande (...).” (M3).

No estudo de Vlachantoni, Evandrou, Falkingham e Gomez-Leon (2019) sugeriu-se que as mulheres que estão ativas profissionalmente a tempo parcial ou ausentes do mercado de trabalho, eram mais propensas a serem cuidadoras em “sanduíche”. No estudo desenvolvido por Lee e Tang (2015) como referido por Medeiros, Barbosa, Alves e Gratão (2022), os autores concluem que as mulheres cuidadoras dos pais e/ou netos apresentaram menor probabilidade de exercerem uma profissão do que as não cuidadoras, justificando-se com o fato de quererem proporcionar o máximo de cuidados aos seus familiares. Neste contexto, realça-se a particularidade da UR da cuidadora em “sanduíche” M2, sendo a única dos participantes que optou por abandonar a sua ocupação profissional em função de uma maior disponibilidade para o CSAD:

“Por coincidência há 3 anos por ocorrências simultâneas com os meus sogros e a minha mãe, tive necessidade de me desempregar. (...) Com os miúdos na escola também a precisarem de apoio, tomei essa decisão e não me arrependo. Foi o melhor para todos.” (M2).

De ressaltar algumas UR, onde é demonstrada a frustração de algumas participantes na conjugação do CSAD com a responsabilidade profissional:

*” (...) Eu não consigo dar mais no papel de avó pois ainda trabalho, sentindo-me frustrada por não conseguir auxiliar mais a minha filha a cuidar dos meninos (...).
(()) Gostava de estar mais presente para eles. (...) devido à rotina controlada de cuidados com a minha mãe e o cansaço do trabalho, não dá para conciliar como gostaria.” (M6);*

“(...) mas não vou mentir que desde há 2 anos para cá, cuidar da minha mãe, cuidar da minha avó e ainda com da menina, é um peso nos ombros. (...) acaba por ser uma sobrecarga para mim, e isso frustra-me (...).” (M7).

Corroborando a evidência do estudo realizado por Vlachantoni et al. (2020), os autores concluíram que as mulheres cuidadoras em “sanduíche” consideraram difícil conciliar a sua dupla responsabilidade familiar com a responsabilidade profissional.

Quanto ao estado civil/tipo de união, predominam os casais em “sanduíche” unidos em matrimónio. Dos 20 participantes 16 são casados, e 4 vivem em união de facto. Estes resultados são congruentes com o estudo de Afonso & Moniz (2021) e de Moniz (2019), concluindo que a maioria dos cuidadores em “sanduíche” são unidos em matrimónio. Em termos estatísticos houve conformidade com os resultados expostos na base de estatísticas Portada (2023) cujos os Censos de 2021 demonstraram que mais de metade da população da região centro era casada. A média de duração das conjugalidades é de 39,6 anos, sendo o tempo de conjugalidade na amostra variável entre os 10 e os 47 anos.

São escassos os estudos de investigação acerca da correlação entre o tempo de conjugalidade e *Satisfação Conjugal*, contudo, existe alguma concordância entre os autores na identificação de um padrão curvilinear da *Satisfação Conjugal*. Neste padrão retratam-se nos primeiros anos de casamento níveis elevados de *Satisfação Conjugal*, com um sucessivo declínio que dura entre 10 a 20 anos, seguido de um aumento da mesma após a meia-idade (Narciso & Ribeiro, 2009). Retém-se que a mudança é uma constante ao longo do desenvolvimento familiar e conseqüentemente na conjugalidade, pois comprovada anteriormente a sua indissociabilidade o importante é avaliar se ao longo do seu relacionamento houve satisfação, independentemente das várias contrariedades e desafios pelos quais vão transitando (Pereira, 2008).

No segundo ponto do capítulo I abordou-se a importância do tipo de família quanto à composição, vínculos e funções internas e externas associadas por sua vez ao seu desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Na mesma linha de pensamento também foi realçada a importância do conhecimento da perspectiva fornecida pela distribuição das famílias em estádios ao longo do seu ciclo vital (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho; Relvas, 1996). Com base na avaliação estrutural orientada no MDAIF, identificaram-se os seguintes tipos de famílias: 5 são famílias alargadas (a família nuclear coabita com a ascendente (mãe ou sogra)); e as restantes 5 famílias são nucleares com um ou dois filhos. Quanto à representatividade de estádios de desenvolvimento do CVF, a amostra mostrou-se heterogénea: das 5 famílias com filhos: 2 são famílias com filhos pequenos; 1 representa a família com filhos adolescentes; e 2 são famílias com filhos em idade escolar; os restantes 5 casais representam famílias com filhos adultos (os casais em “geração sanduíche” que cuidam dos netos) (Relvas, 1996).

1.2.2. Caracterização dos ascendentes e o contexto dos cuidados

Na totalidade dos 15 ascendentes, 12 são mulheres (mãe e/ou sogra) e 3 são homens (pai ou sogro). Verificou-se que a idade mínima é de 62 anos, e que a idade máxima é de 91 anos, com uma média de idade de 79 anos nas mulheres e de 77,3 anos nos homens. No total dos ascendentes cuidados a média de idades é de 77,9 anos de idade. Pelos dados disponibilizados na base de estatísticas PORDATA (2023b) em resultado dos Censos 2021, as mulheres podiam esperar viver em média 83,4 anos e os homens 77,7 anos, estabelecendo-se uma correspondência aproximada com os resultados apresentados. Assim, a maioria dos ascendentes são do sexo feminino com uma média de idades próxima dos 80 anos corroborando as estatísticas nacionais. Esses resultados foram ao encontro do elevado índice de envelhecimento da região centro (229,2), que se apresenta superior ao que se verifica ao nível do panorama nacional (183,5) (Ibidem, 2023c; ibidem, 2023d).

No estudo realizado por Ascensão (2021) quanto ao vínculo dos ascendentes com os cuidadores em “sanduíche”, a maioria dos participantes referiu que cuidavam dos pais com idades compreendidas entre os 70-93 anos. Corroborando o estudo anterior, no presente estudo os ascendentes são na sua maioria progenitores de um ou do outro

elemento do casal ou de ambos (pais e sogros), com aproximação estreita ao intervalo de idades.

Destaca-se a idade de 3 das ascendentes compreendidas entre os 62-65 anos, onde a particularidade destes resultados reside no início involuntariamente precoce das suas patologias, com uma progressão rápida e o seu conseqüente declínio físico e/ou cognitivo.

Relativamente à coabitação dos ascendentes, 5 dos casais (n=10) são coabitantes dos seus ascendentes e, os restantes 5 casais não coabitam com os ascendentes. Os motivos relativos à coabitação dos ascendentes com os casais M1H1, M5H5, M6H6, M9H9 (tempo de conjugalidade superior a 40 anos) prendem-se maioritariamente com questões socioeconómicas no passado dos mesmos na fase de formação do casal. Estes casais recorreram no passado ao domicílio dos seus ascendentes, assegurando o seu próprio domicílio no início do seu relacionamento:

“(...) nós é que vivemos com ela desde que casámos, e isso ajudou-nos muito a poupar dinheiro da renda de casa na altura.” (M1), “(...) Foi uma grande ajuda não pagarmos renda para começar a vida, porque depois com os filhos ainda pequenos ficou mais difícil.” (H1).

Não sendo a convivência domiciliária multigeracional um fenómeno recente, este resultado alcançado continua atual, corroborando os resultados do estudo desenvolvido por Guerra, Teixeira e Fontes (2017), que concluíram que a coabitação entre gerações foi maior do que o esperado. Os participantes enaltecem o fator socioeconómico como responsável pela mesma, levando os autores a considerarem esse achado o reflexo das mudanças sociodemográficas que culminam na coabitação de um filho adulto provavelmente casado, procurando o apoio dos pais no início da vida reprodutiva (pais de um ou dois filhos ainda pequenos), aliadas a questões socioeconómicas (ausência de política facilitadoras à habitação e rendas habitacionais proibitivas, e o baixo rendimento salarial do agregado familiar).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias nomeadamente ao elemento feminino a responsabilidade do cuidar, estando a mesma enraizada na educação e na construção social das funções da mulher (Guedes, 2011). Contudo, existindo mais do que um cuidador informal na prestação de cuidados no seio familiar, essa prestação não se reparte de forma equitativa pelos membros da família. O que assume a maior responsabilidade representa o familiar cuidador principal ou primário, sobre o qual recai a responsabilidade

integral de cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados, assistindo-o ou substituindo-o nos mesmos. O cuidador familiar secundário presta cuidados de forma ocasional ou regular, no entanto, sem assumir a responsabilidade direta pelos cuidados (Sequeira como referido por Mingote, Corte, Marques & Mendes, 2020).

Há exceção de 2 casais (n=10), nos restantes são as mulheres que se assumem como cuidadoras em “sanduíche” primárias, atestando os resultados de outras investigações com a continuação na atualidade do papel histórico, sociocultural atribuído à mulher como cuidadora na família. Corroborando os estudos que versam a temática do cuidador informal em “geração sanduíche”, a prestação de cuidados é ainda uma tarefa tendencialmente feminina como já referido, havendo uma maior probabilidade do indivíduo se tornar cuidador enquanto descendente do idoso (Vlachantoni, et al., 2019; Fletcher & Steiner, 2017; Moniz & Afonso, 2021; Mónico et al. 2017; Mingote et al., 2020; Moniz, 2019).

As mulheres supracitadas, são filhas casadas e ativas profissionalmente a tempo integral, que narraram com maior pormenor os cuidados instrumentais prestados aos ascendentes, o que corrobora os achados do estudo de Young (2017). Tal como no estudo presente a autora faz referência que permanece atual o perfil do cuidador informal na literatura sobre o cuidado ao outro, tipicamente assumido pela mulher casada e inserida no mercado de trabalho a tempo integral. Carvalho (2009) afirmou, que apesar das alterações socioculturais e económicas apontarem no sentido da evidente alteração do desempenho dos atuais papéis da mulher (companheira/esposa, mãe e profissional), continua a ser tendencialmente a principal cuidadora da família (filha e/ou nora cuidadoras dos pais e/ou sogros; mãe cuidadora e educadora dos filhos), prevalecendo a lógica do cuidar no domínio do género feminino, como constatado neste estudo.

A exceção neste estudo em relação ao género do cuidador foi sustentada nas narrativas de 2 homens (n=10) que se assumiram como cuidadores em “sanduíche” primários das ascendentes em simultâneo com as esposas, exibindo igualdade nas tarefas e responsabilidades que os cuidados exigem:

“A minha mãe depende de mim e do meu marido para tudo. Fazemos tudo a meias, e se ele não tivesse já em casa reformado era pior. (...). A minha mãe é acamada e precisa que eu lhe faça tudo. O meu marido faz tudo apar comigo.” (M6), “Eu dou todo o apoio necessário à minha sogra. A minha mulher ainda trabalha, e eu estou reformado. Ao fim-de-semana os papéis invertem, para eu descansar um

bocadinho, mas durante a semana sou maioritariamente que cuido dela. Somos uma equipa (...).” (H6).

Os resultados anteriores vão ao encontro dos achados de Pereira (2018), que no seu estudo apesar de concluir que são as mulheres que assumem a maior responsabilidade nos cuidados aos seus ascendentes, ainda pouco expressivo também existiram homens que se assumiram como cuidadores informais primários.

Para Ribeiro (2005) ainda hoje culturalmente é esperado da parte das famílias, da sociedade e da cultura que sejam maioritariamente as mulheres a cuidar física e emocionalmente dos seus pais e sogros no domicílio dos próprios, ou que os transfiram para os seus domicílios. Dos homens é expectável o apoio afetivo, responsabilidades económicas, e tomada de decisões circunscritas á vida dos seus ascendentes. A maior parte das UR dos casais evidenciaram esta realidade, corroborando o exposto anteriormente pela autora supracitada.

A partir das UR que evidenciaram os resultados anteriores, em simultâneo caracterizaram-se os cuidados prestados aos ascendentes que culminam na assistência ou na sua substituição dos mesmos nas atividades básicas de vida diárias e/ou nas atividades instrumentais de vida diárias em função do grau de dependência.

Nas UR evidenciou-se que os 8 homens (n=10) cuidadores em “sanduíche” secundários dos seus ascendentes, apoiam as parceiras nas atividades instrumentais de vida diárias: gestão financeira, burocrática, pequenas reparações, e acompanhamento da parceira a consultas com os ascendentes. Por sua vez, as mulheres cuidadoras em “sanduíche” primárias substituem ou assistem os ascendentes nas atividades básicas de vida diárias (higiene, vestuário e alimentação) e nas atividades instrumentais de vida diárias (tarefas domésticas - limpeza da casa e tratamento de roupas, compras domésticas, gestão do regime terapêutico - medicação (preparação e supervisão) e alimentação (confeção), e ainda apoio emocional:

“Acompanho os velhotes em deslocações como consultas, oriento a medicação para a semana pois eles ainda conseguem tomá-la sozinhos. Eu só a preparo. Mas também faço por levá-los em atividades de lazer e convívio. Levo-os a passear sempre que possível, principalmente a minha mãe que é viúva, para a distrair e conversarmos (...). (...) Precisam de ajuda no banho e a vestirem-se. Ainda andam sozinhos e comem sozinhos. Tudo o que é compras, pagamento de contas, é tudo comigo e com o meu marido. Por agora, ainda sou eu que limpo a casa da minha mãe e dos meus sogros, confeciono-lhes e levo-lhes as refeições.” (M2), “(...) Eu

estou mais na retaguarda a apoiar a minha sogra e os meus pais. Eu levo o meu pai às consultas, mas também lhe digo, são mais as vezes que acompanho a minha mulher com ele, pois ela tá mais por dentro da medicação e assim (...). (...) sou eu que pago contas, trato de papeladas, coisas assim nesse sentido (...).” (H2):

“(...) o meu marido é que gere mais a burocracia das papeladas, pagamentos e reparações. Ele ajuda mais nesse sentido. Se for preciso levantar a minha mãe da cama, ele também o faz estando presente. Maioritariamente sou eu que apoio com compras, limpeza da casa e roupa, e nos cuidados todos à minha mãe que é dependente em tudo. (...)” (M3), “Aos meus sogros o apoio diretamente é esporádico. Só quando a minha mulher me pede, por exemplo quando é preciso arranjar alguma coisa na casa deles, tratar de papeladas, ir às compras para eles, e coisas assim mais indiretas.” (H3).

DeRigne e Ferrante (2012) no seu estudo evidenciaram que a assunção da prestação de cuidados e do tipo cuidados foi subjacente à diferença de género, constatando que as cuidadoras em “sanduíche” apoiavam os pais em tarefas domésticas (limpeza da casa, tratamento de roupas, compras domésticas (géneros e outros) e emocionalmente, enquanto que os cuidadores em “sanduíche” auxiliavam em assuntos financeiros. Também Ascensão (2021) concluiu, à semelhança dos autores anteriores, que os cuidadores em “sanduíche” auxiliavam em assuntos financeiros e burocráticos, e que as cuidadoras em “sanduíche” prestavam cuidados relacionados com as atividades básicas de vida diárias (higiene, vestuário e alimentação). Pereira (2018) concluiu que a maioria dos homens consideraram-se cuidadores em “sanduíche” secundários dos ascendentes, apoiando diretamente as suas parceiras na prestação de cuidados. Na mesma linha de pensamento dos anteriores autores, as UR expostas realçaram a diferença de género na assunção do papel de cuidador em “sanduíche” primário e secundário e o tipo de cuidados assumidos, sendo os resultados alcançados corroborados na literatura.

Quanto ao grau de dependência dos ascendentes nas atividades supracitadas, salvaguarda-se que a independência funcional do indivíduo não é sinónimo de independência emocional ou cognitiva. Seis dos ascendentes são independentes nas atividades básicas de vida diárias, contudo, cognitivamente ou pela diminuição da funcionalidade inerente às suas comorbilidades não estão aptos a realizar as atividades instrumentais de forma independente. Necessitam de ser assistidos ou substituídos nas mesmas. Neste contexto três dos ascendentes são dependentes em grau moderado em ambos nas atividades de vida diárias, contrapondo os seis que são dependentes em grau elevado simultaneamente nas mesmas atividades.

Quanto ao tipo de cuidados aos ascendentes, na maioria envolve cuidados diretos relacionados com atividades básicas de vida diárias, e cuidados instrumentais relacionadas com as atividades instrumentais de vida diárias simultaneamente com maior ou menor intensidade física, dependendo do grau de dependência dos mesmos. Estes são resultados que corroboram os resultados de outras investigações, sendo claro que auxiliar ou substituir os idosos nessas atividades é um papel significativo na dupla responsabilidade preconizada pelos cuidadores em “sanduíche” (Burke, 2017; Fletcher & Steiner, 2017; Evandrou, Falkingham, Gomez-Leon & Vlachantoni, 2018).

Torna-se visível que a maioria dos ascendentes são dependentes, encontrando concordância com os resultados evidenciados nos Censos de 2021 em Portugal, pois entre 2011 e 2021 aumentou de forma contínua o índice de dependência de idosos (de 28,8 para 36,9), sendo a região centro o retrato dessa realidade, que de acordo com a mesma fonte seguiu essa tendência, tendo registado em 2021 o valor de 64,2 (PORDATA, 2023c).

Algumas cuidadoras em “sanduíche” colocaram em evidência o apoio emocional prestado aos seus ascendentes, em função de vários factores presentes isoladamente ou concomitantemente na vida dos mesmos. A percepção do seu declínio cognitivo e físico inerente ao processo de transição saúde-doença subjacente à consciência da sua finitude, ao processo de transição situacional do luto, ao estadio de família em fim de vida, é muito comum nesta fase da sua vida e assumidamente marcantes. As cuidadoras em “sanduíche” realçaram que o apoio emocional além do apoio instrumental, também ele ocupa uma quantidade considerável do seu tempo, caracterizando-o de exaustivo emocionalmente:

“Desde a morte do meu pai há cerca de 5 anos, ficou muito parada e chorosa. Vê tudo negativo é preciso dar-lhe muito apoio (()). (...). Também tenho os meus problemas (()), e às vezes é saturante. Estando connosco ainda pior, pois lidamos constantemente com isso.” (M9);

“(..) A minha mãe tem o seu feitio, e não lida bem com a sua dependência, então desde que o meu faleceu é pior (()). Tento passear com ela, conversar, apoiar ao máximo e isso também é exaustivo (...).” (M2).

No estudo de Steiner e Fletcher (2017) é notório que as mulheres cuidadoras em “sanduíche” necessitavam de estar disponíveis para o duplo cuidado mais instrumental (aos filhos e aos pais e/ou sogros), mas também para apoiar emocionalmente com maior intensidade os seus ascendentes, realçando a transição situacional do luto dos seus cônjuges como o que mais causava perturbação nos ascendentes.

Dois dos casais (n=10) mencionaram já recorrerem ao cuidado formal, ou da necessidade de num futuro próximo recorrerem a esse apoio:

“Optámos por ter o apoio domiciliário para a minha sogra. Sabe a minha doença faz-me ter dias melhores e dias piores, e o meu marido também já não caminha para novo.” (M10), “(...) Com o centro de dia a vir cá a casa, ficou mais leve tratarmos da minha mãe.” (H10);

“Estou a pensar em regressar ao trabalho. A minha mãe manifestou a vontade de ir para um lar. Entretanto, estamos a pensar em contratar os serviços de um centro de dia para ir a casa dela, e também à dos aos meus sogros para levar as refeições, tratar da casa e da roupa. Assim fico mais descansada se for trabalhar, e também é menos dispendioso, pois não moramos perto deles como já lhe disse.” (M2), “Decidimos procurar o apoio domiciliário para os velhotes. Vai ser melhor para todos, principalmente para a M2, que quer voltar ao trabalho. Assim distrai-se disto tudo, e relaxa mais, até porque a mãe quer ir para um lar. Apesar de eu ajudar, não chego a tudo, e é muito para ela. Muitas vezes noto que ela se vai abaixo. Até para nós vai ser bom.” (H2).

Estes casais mostraram-se proativos na solicitação da assistência de cuidados formais, que segundo a abordagem do CBF dever ser considerada como uma força do casal, pois demonstraram competência, capacidade, e união conjugal na procura de recursos para ultrapassarem ou anteciparem condicionantes stressantes inerentes ao contexto do CSAD. São representativas de estratégias conjugais, no sentido da minimização das implicações na dinâmica familiar e no relacionamento conjugal. Cabe ao EEESF ser o facilitador desta proatividade demonstrada nestes casais, e auxilia-los a transpor esta estratégia para ultrapassar os outros desafios, necessidades inerentes ao contexto do CSAD.

Estes achados vão ao encontro da evidência científica demonstrada noutros estudos. O estudo de Nadine, Matthias e Oliver (2017), demonstra que intervenções adicionais para facilitar a combinação da responsabilidade profissional e os deveres de cuidado duplo, além do apoio do companheiro e da flexibilidade do horário laboral, os serviços de apoio formal demonstraram reduzir o estresse dos cuidadores informais e aumentar o seu bem-estar. Também Mingote, Corte, Gonçalves e Mendes (2020), no seu estudo referem que a maioria dos participantes no mesmo tiveram a necessidade de solicitar apoio formal, entre os quais apoio social, concluindo que o cuidador informal se exposto à sobrecarga seja ela física, psicológica ou de outra dimensão, quando apoiado desempenhará com maior êxito o seu papel reduzindo a incidência de conflito, ansiedade e stresse.

Contudo, Ascensão (2021) realça que os cuidadores em “geração sanduíche” não recorrem frequentemente ao apoio de outros, ainda que refiram que apesar de terem a possibilidade de recorrer à família extensa evitam, como constatado neste estudo:

“Todos os dias estou presente para os cuidados aos os meus pais. Esporadicamente a minha irmã auxilia-me, mas, evito que ela o faça por ter uma vida complicada com os dois filhos, que também são menores.” (M3);

“A minha irmã auxilia-me na limpeza da casa dos meus pais ao fim de semana, mas como mora longe, evito de recorrer a ela para já.” (M7).

1.2.3. Caraterização dos descendentes e o contexto dos cuidados

Os 18 descendentes são representados por filhos e/ou netos com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, mantendo-se atual o perfil demográfico dos descendentes apoiados pela “geração sanduíche” que emergiu a partir dos estudos de Miller (1981) como referido por Young (2017), considerando que a chave determinante para que o individuo fosse considerado um cuidador em “sanduíche”, residia no cuidado simultâneo a ascendentes e a pelo menos um filho ou neto com idade inferior a 18 anos.

Ficou implícito nas UR dos casais que a intensidade e disponibilização de recursos e cuidados aos seus descendentes, no sentido da satisfação das suas necessidades físicas e afetivas é variável em função das idades dos filhos:

“Tento ao máximo apoiá-la. Tem 10 anos, logo já não é um bebé de colo, isto é, toma banho sozinha e essas coisas, mas com a escola precisa de muito apoio.” (M3);

“São meninos com 15 e 17 anos, que já cuidam deles, Não preciso de os vigiar no banho não é (risos). O apoio é mais no estudo e emocional, pois é uma fase difícil a da adolescência. Também represento o táxi no transporte para as atividades extracurriculares. (risos).” (M2);

“São gêmeas com 3 anos e logo fisicamente ainda dependem de nós para quase tudo (...). É uma fase difícil ainda.” (H8);

“(…) Na ausência da M4 faço tudo aos meninos, pois como ainda têm só 3 e 5 anos ainda estão numa idade de muita dependência de nós para tudo.” (H4).

Nos cuidados prestados aos filhos constatou-se que se traduzem cuidados básicos da alimentação, higiene e vestuário, com incidência também no apoio psicológico, escolar e bem-estar (atividades extracurriculares). A média de idades dos filhos neste estudo foi 8 anos, idade em que já existe alguma autonomia na grande maioria dos autocuidados. Em concordância com o estudo de Suh (2016), os cuidados aos filhos são variáveis mediante

a idade dos mesmos, tendo sido a idade dos filhos um fator diferenciador, isto é, os filhos mais novos necessariamente necessitam de mais cuidados básicos, exigindo maior responsabilidade sobre os pais, como se comprova pelas UR anteriores. Os resultados também estão de acordo com a linha de pensamento de Steiner e Fletcher (2017), que concluíram que à medida que os filhos crescem os cuidados físicos requeridos diminuem, e o foco passa para o cuidado emocional e o apoio educacional, tal como se conclui no estudo Suh (2016).

O tipo de cuidados preconizados pelos avós cuidadores em “sanduíche” prendem-se com o transporte para a escola e para as atividades extracurriculares, e a alimentação com confecção das refeições principalmente do jantar. Algumas avós em “sanduíche” referiram que mandavam o jantar pronto às suas filhas, para diminuir a sua carga com os cuidados quando vão buscar os filhos ao final do dia. Aos fins de semana também apoiam se solicitado pelos filhos. Nas férias escolares todos os avós cuidadores em “sanduíche” apoiam a tempo inteiro os netos durante a semana, mas com um acréscimo das tarefas já descritas. Na alimentação acrescenta a refeição do almoço e muitas vezes do pequeno-almoço, e atividades lúdicas com os mesmos, o que requer mais tempo e dedicação por parte destes casais. O cuidado prestado por estes avós tem inerente um cariz voluntário, e na sua maioria por solidariedade económica e alívio da gestão da carga horária dos seus filhos adultos (diminuição das despesas monetárias com transportes, as atividades de tempos livres, a extensão do tempo de permanência nas creches e no pré-escolar, e ainda aliviar a gestão entre a atividade laboral e os cuidados aos filhos):

“Nas férias da escola os meninos estão na nossa casa, porque é muito caro isso de irem para as atividades a pagar. Mas quer no tempo de escola quer nas férias, faço-lhes as refeições, e os mais novos já vão com o banho tomado à noite para casa da mãe. É assim.” (M9), “Sou eu que os vou buscar à escola, e depois levo uns à explicação, outros ao futebol. Sabe os pais trabalham e não têm horários. Depois em casa é brincar com eles, entretê-los.” (H9);

“(...) Ajudo a minha filha no que posso com os meninos, (...) têm horários complicados e muita exigência no trabalho. O fim dia é o pior para ela. Assim, faço-lhe o comer para o jantar muitas vezes, e depois o pai quando vai levar os meninos a casa já leva o jantar para eles.” (M1), “Temos que ajudar a nossa filha, pois não tem uma vida fácil, e são três filhos sabe. Andar para lá e para cá também é um gasto para ela. Sempre poupa alguma coisa.” (H1).

Estes avós vêm o seu papel e responsabilidade enquanto cuidadores dos netos como uma obrigação para com os seus filhos, sem conotação negativa: “

“(...). Relativamente à minha filha, ajudar com os netos é uma obrigação nossa. (...).” (M9), “Com as minhas filhas, só temos que ajudar quando elas precisam, no que diz respeito a tomar conta dos netos. A malta jovem tem a uma vida complicada, e é uma ideia minha e da minha mulher termos a obrigação de ajudá-las.” (H9).

Ao longo da revisão da literatura os estudos abordados que versam a temática da “geração sanduíche” descrevem uma geração que preconiza a solidariedade intergeracional simultânea aos seus ascendentes (pais idosos), mas também a filhos adultos. Estes últimos são retratados como “dependentes” da solidariedade desses pais, para os auxiliarem com os seus descendentes no contexto de cuidados e tarefas acima expostos (Fingerman, VanderDrift, Dotterer, Birditt & Zarit (2010); Evandrou et al., 2018). Contudo, não foram encontrados estudos que abordassem a descrição do tipo de apoio e cuidados prestados por parte dos cuidadores avós em “sanduíche” aos seus netos menores, considerando estes resultados do estudo inovadores nesse sentido. Liu e Chen (2022), autores de um estudo no contexto chinês definiram os cuidadores em “sanduíche” como aqueles que cuidam simultaneamente de pais idosos e netos jovens, assumindo esse papel e responsabilidade de forma voluntária, que como os avós deste estudo referem uma ser “obrigação” voluntária:

“(...). É o nosso trabalho agora, e a nossa obrigação ajudar sem ser no sentido forçado. É um gosto e um prazer (...).” (H1), “É como se fossem nossos filhos. ajudamos as nossas filhas e temos o prazer de estar com os nossos netos. Para mim é um obrigação de todo o pai e avô ajudar os filhos, e os netos enquanto se pode.” (M1).

Em semelhança aos resultados obtidos no contexto dos cuidados com os ascendentes, demarcou-se igualmente a distinção de género do cuidador no tipo de tarefas e cuidados assumidos aos descendentes, contudo, destacou-se uma maior envolvimento nos cuidados diretos por parte do cuidador em “sanduíche” em relação aos descendentes:

“(...) Os cuidados à minha mãe coincidem com horários da escola da menina, e atividades extracurriculares. É o H3 que a orienta mais.” (M3), “(...) Sou eu que me encarrego mais da nossa filha, para dar mais tempo à M3 que já faz o que faz com os cuidados à mãe e ao pai. Com a menina faço de tudo em casa, desde as refeições, ajudá-la nos trabalhos de casa, a orienta-a para o banho, essas coisas assim. Sou eu que a levo e a vou buscar à escola, (...).” (H3);

“Com os netos o meu marido envolve-se mais. Faz-lhes o que não fez às filhas.” (M9), “Eu vou buscar os meus netos à escolinha, e brinco com eles para entretê-

los, enquanto a avó lhes faz o lanche ou o jantar, durante a semana. Já lhes dá o banho, mas se for preciso também lhes dou. Depois eu levos à mãe.” (H9).

Corroborando Steiner e Fletcher (2017), conclui-se que os cuidadores em “sanduíche” envolvem-se mais nos cuidados aos filhos ou netos comparando com o seu envolvimento nos cuidados aos ascendentes.

Através destes resultado poder-se-á tentar perceber o motivo pelo qual as mulheres foram mais explícitas nos relatos acerca do cuidado aos ascendentes comparativamente aos descendentes. Sugere-se a possibilidade da assunção do papel da prestação de cuidados ao ascendente ter sido à altura inesperado, sendo percebido como mais desafiador e stressante pelas mesmas retratado numa transição não normativa, em oposição à assunção do *Papel Parental* e de avós percebidos como uma transição normativa no desenvolvimento familiar.

Sustentado nos resultados alcançados por Steiner e Fletcher (2017), apesar das UR das cuidadoras em “sanduíche” terem sido mais explicativas e incidentes nos cuidados prestados aos ascendentes, transmitindo a ideia de que esses cuidados e os cuidados prestados aos descendentes são entidades separadas, a interação de ambos o tipo de cuidados está patente na organização da sua rotina diária, e na disponibilização do tempo conjugal em função desse CSAD e de outras responsabilidades (profissão):

“(…) Mas sabe, esta rotina entre o meu trabalho, cuidar dos meus pais e dos meninos tem que ser muito bem orientada. Sinto que não estou tão presente para os meninos, mas penso que é uma fase.” (M4), “Eu levo os meninos à escola, e depois em casa à noite ocupo-me mais de lhes dar o banho, e se for preciso já tenho o jantar feito, porque a M4 chega cansadíssima a casa em reflexo do trabalho e dos cuidados aos pais simultâneos (...). Tem que haver muita organização nossa nestas rotinas, e claro disponibilizar também do nosso tempo a dois.” (H4).

1.2.4. A satisfação conjugal de casais em “geração sanduíche”

Da dimensão de Desenvolvimento Familiar emerge o entendimento de fenómenos exclusivos do sistema familiar, relacionados com o crescimento e trajetória evolutiva aos níveis funcional, estrutural, e inter-relacional ao longo do CVF. Conhecer essa trajetória e as transformações na organização familiar ao longo da mesma, permite ao EEESF compreendê-las contextualmente e dessa forma sustentar a sua tomada de decisão acerca dos focos da área de ESF de avaliação de maior relevância face a determinadas

especificidades, e em última instância valorizar os cuidados antecipatórios dirigidos às mesmas, enquanto fator de promoção da saúde, prevenção da doença, a detecção precoce de riscos, acompanhando- as e/ou encaminhando-as em situação complexa de saúde com vista à maximização do seu potencial de saúde. O objetivo final é a capacitação da família na concretização das suas tarefas desenvolvimentais (Figueiredo, 2012; Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

A conjugalidade envolve a construção de um vínculo entre dois indivíduos independentes, resultando na construção de um terceiro elemento que se retrata na relação ou o “nós”, representativo do espaço de suporte ao desenvolvimento familiar. Há um comprometimento com uma relação conjugal, complementando-se e adaptando-se mutuamente por forma a constituírem um modelo conjugal funcional. Surgindo a partir de duas subjetividades (o eu e o tu), a sua direção vai ao encontro de uma identidade compartilhada única (o nós), mantendo as duas identidades que a originaram e não renunciando às mesmas. Forma-se o subsistema conjugal, um dos constituintes do sistema familiar. Este emerge da união, da relação entre dois indivíduos numa relação interdependente, com ganhos no âmbito de sentido de pertença, complementaridade, cooperação e associação (Alarcão, 2006; Figueiredo, 2012; Minuchin, 1982).

A *Satisfação Conjugal* como um indicador da conjugalidade corresponde à avaliação pessoal (comunicada a si mesmo e ao outro do desempenho de ambos na relação), e subjetiva que cada elemento do casal faz da sua relação (validada segundo os seus critérios) (Pires, 2008). Recordando o ciclo vital do casal estudado por Franck-Lynch como referido por Relvas (1996), o mesmo indica que as relações não sendo estáticas, a conjugalidade e conseqüentemente o nível de *Satisfação Conjugal* vão-se transformando ao longo do CVF, identificando-se um padrão curvilíneo descrito já anteriormente. Figueiredo (2012) afirma que a *Satisfação Conjugal* realça os processos de conjugalidade afiliados e congruentes com uma relação satisfatória (perceção de cada subsistema individual constituintes do subsistema conjugal, acerca dessa relação como satisfatória ou não), que são renovados ao longo do ciclo vida do casal correlacionando-se com a forma como o mesmo se adapta às transições dos seus subsistemas individuais, sem descurar do equilíbrio que requer a manutenção comum das pressões internas e externas de outros subsistemas.

Recordando que o CVF fornece uma perspectiva desenvolvimentista da dinâmica familiar, retratando-se num esquema classificativo progressivo de estádios possibilita a

identificação da sequência previsível de transformações na organização familiar, em torno de tarefas bem implementadas. Diferencia fases e etapas que integram de modo interativo fatores como a dinâmica interna do sistema familiar, os aspetos e as características intersubjetivos do mesmo, e ainda a forma como se relaciona no contexto comunitário com outros sistemas e suprasistemas (Relvas, 1996).

A dinâmica familiar inerente a cada um dos estadios do CVF é influenciadora da conjugalidade, cuja a elaboração mediante a abordagem sistêmica é tida como um processo complexo de construção de uma realidade comum, reunindo também ela múltiplas etapas e contextos do relacionamento, confluindo numa relação afetiva estável (Carneiro & Neto, 2010).

Existe uma proposição teórica que aponta para o dinamismo inerente à relação conjugal, isto é, fruto da sua característica de crescimento contínuo ao longo dos vários estadios de desenvolvimento do CVF e, como consequência a *Satisfação Conjugal* enquanto percepção subjetiva de cada elemento do casal, também ela varia nesse sentido (Pereira, 2008). Em suma, um ciclo é indissociável do outro.

Nas várias fases do desenvolvimento do CVF são desencadeadas situações de stresse ou crises, que desencadeadoras de adaptação orientam à mudança influenciando o relacionamento conjugal (Carter & McGoldrick, 2001 referido por Mussumeci & Ponciano, 2019). A forma como o subsistema conjugal experiênciava essas situações complexas, a forma como se adapta, as estratégias de *coping* conjugal que adota no sentido da mudança, da transformação, e se as mesmas acarretam repercussões positivas ou negativas para o bem-estar da conjugalidade são fatores cruciais para a compreensão da dinâmica da conjugalidade do desenvolvimento familiar (Bolze, Schmidt, Crepaldi & Vieira, 2013).

De seguida descrevem-se os resultados alocados às categorias que fundamentadas a partir dos itens avaliativos das dimensões operativas (*relação dinâmica do casal*, a *comunicação do casal*, e a *interação sexual*) com base nos pressupostos da análise de conteúdo (Bardin, 2014) das narrativas dos participantes. Ressalva-se que não existiram narrativas que fossem ao encontro da dimensão operativa *interação sexual*, a última dimensão operativa da área de atenção de ESF abordada.

1.2.4.1. Relação dinâmica do casal

A dimensão operativa *relação dinâmica* do casal: “(...) é focalizada na partilha de responsabilidades, nas possibilidades de expressar sentimentos e emoções e flexibilidades de papéis.” (Figueiredo, 2012, p. 80). Orientadas nesta dimensão organizaram-se três categorias no âmbito do CSAD: satisfação dos casais com a partilha das tarefas domésticas e responsabilidades; satisfação dos casais com o tempo que passam juntos; satisfação dos casais como cada um expressa os sentimentos.

a) Satisfação dos casais com a partilha das tarefas domésticas e responsabilidades

Dois dos 10 casais evidenciaram a ausência de partilha das tarefas domésticas e responsabilidades, que aparentemente está enraizada na dinâmica conjugal desde a fase de formação do casal, fruto da crença cultural da divisão de papéis familiares entre géneros como já abordado. São as parceiras as responsáveis pela execução das tarefas domésticas e pelo cuidado direto aos ascendentes e aos descendentes, contudo não foi perceptível nas narrativas a sua satisfação ou insatisfação nesse contexto. Nestes casais apesar de notória a divisão cultural entre géneros na execução das tarefas domésticas e responsabilidades, demonstraram, no entanto, a sua reorganização na execução de papéis familiares no sentido da adaptação face ao contexto do CSAD:

“Não partilhamos tarefas de casa. O meu marido ainda é do tempo em que os homens não eram habituados a fazer nada, e nós é que tratávamos dos filhos e da casa. Assim é com os nossos netos. Como foi com as filhas, também nunca deu um banho a um neto.” (M9), “(...) Sabe, ainda sou do tempo em que a mulher é para dentro de casa, e os homens para fora de casa. (...). Brinco com os meus netos, vou levá-los e buscá-los à pré-escola e à escola. Com a minha sogra, acompanho a minha mulher às consultas que vai com ela, e oriento algum assunto mais complicado de burocracia para a minha mulher relativo à mãe, sabe aqueles assuntos tipo segurança social, pagamentos, banco.” (H9).

Um casal manteve as suas rotinas sem necessidade de reorganização de papéis e responsabilidades, sem aparente prejuízo da sua relação dinâmica:

“Não, não há partilha na organização, limpeza e outras coisas da casa. O meu marido é de uma criação mais antiga. Ele não foi habituado, e sabe deram eram outros tempos (...). Damo-nos bem e não tem sido um problema, mesmo com as minhas netas cá e a minha mãe mais dependente.” (M5), “Olhe não, dentro de casa

não faço nada. Sabe, entretenho-me nas minhas coisitas cá fora pelo jardim e na oficina que já me dão que fazer. Sempre foi assim e funcionamos bem.” (H5).

Como abordado anteriormente, a família ao longo do desenvolvimento do CVF está sujeita a transições normativas (decorrentes das mudanças previsíveis), e não normativas (crises acidentais, não previsíveis) que exigem adaptação dos seus membros para a continuação da funcionalidade familiar. Representam acontecimentos que sinalizam uma reorganização dos papéis e tarefas da família, tendo o EEESF uma ação centrada na promoção do desenvolvimento das famílias, funcionando como agente facilitador dessa reorganização envolta numa atitude de parceria colaborativa (Figueiredo, 2012). A mudança provoca stresse dada a proporção de desconhecido que lhe está associado, necessitando de reorganizar os seus padrões transacionais por forma a responder funcionalmente ao mesmo, e dessa forma ir ao encontro da “evolução e sobrevivência” (Alarcão, 2006).

Em 7 casais (n=10) comprovou-se a inequívoca partilha das tarefas domésticas e responsabilidades, que ao contrário dos anteriores casais comprovou-se estar já enraizada na dinâmica conjugal desde o início do relacionamento. Demonstraram satisfação com a reorganização no âmbito de papeis e funções familiares com vista à manutenção do funcionamento do sistema familiar e da dinâmica conjugal, nos momentos de crise espelhados na transição saúde-doença decorrente do surgimento e/ou agravamento de patologia crónica e, do conseqüente surgimento e/ou agravamento da dependência dos ascendentes conduzindo à transição situacional do CSAD (Meleis, 2010). Percebe-se o envolvimento de ambos os elementos do casal nos cuidados aos ascendentes e aos descendentes, demonstrando a capacidade de reorganização de papeis familiares no âmbito das responsabilidades inerentes ao CSAD, no sentido da mudança, de adaptação e flexibilidade necessárias à manutenção das rotinas e responsabilidades subjacentes à sua dinâmica conjugal:

“Essa partilha sempre foi sempre constante, desde o momento em que começamos a viver juntos. Depois veio a menina e essa partilha continuou, pois tivemos que nos organizar ainda melhor nesse sentido. Ele apoia-me muito com as tarefas domésticas e com a menina. Com os meus pais também me apoia, e aí foi a nossa prova de fogo enquanto casal. Estamos juntos, graças a esta comunhão um com o outro.” (M3), “Sim partilhamos os cuidados com a menina e os meus sogros. Ela não está tão disponível, e sou eu que controlo a lida da casa (...). (...) eu oriento mais a menina e a casa. Apoio os meus sogros quando a M3 me pede. Fomo-nos

organizando há medida que a vida foi mudando, com a vinda da menina e os meus sogros a necessitarem mais do apoio da M3.” (H3);

“A partir do momento em que a minha sogra ficou mais dependente, começamos a dividir entre nós quer a lida da casa, que já acontecia, quer os cuidados à minha sogra e tomar conta das minhas netas, para ajudar as minhas filhas. (...). Foi uma questão de ajustar os ponteiros.” (M10), “Como a M10 tem o problema de saúde de que já falámos, não podia ser de outra forma. A minha mãe foi ficando pior de saúde, e as nossas filhas também precisam do nosso apoio com as nossas netas. Só assim a ajudarmo-nos a cuidar da minha mãe, e das meninas é que funciona.” (H10);

“Sim partilhamos as tarefas quer nos cuidados com a minha mãe, quer com tudo o que envolve as meninas. Já havia partilha de tarefas, (...). Só desta forma é que é possível um casal lidar com esta situação.” (M8), “Sim, já existia essa partilha. A vinda das meninas veio fazer com que a gente se apoie mais com elas, e em casa não é. Para além do mais, com a minha sogra a depender totalmente de nós, tento estar presente para todos o mais possível.” (H8).

Para Minuchin (1982) a crise é representativa de uma ocasião de crescimento e evolução, mas também do risco de entrar num impasse e disfuncionamento. O sistema familiar optará por fugir à mudança, colocando em risco a sua evolução e o seu equilíbrio, ou por outro lado transformar o modelo relacional existente ao nível da sua estrutura e das suas regras de funcionamento. Reflete-se nas UR anteriores a (re)definição de prioridades dos casais subjacente ao entendimento conjugal, conduzindo no contexto do CSAD a novas formas de organização respeitantes à divisão e partilha de tarefas e responsabilidades, e à reorganização dos papéis que implicam diretamente no funcionamento familiar e dinâmica conjugal.

Sugere-se que o evidente apoio do cônjuge com maior ou menor intensidade nas tarefas domésticas e responsabilidades familiares, e o fato de algumas mulheres usufruírem de horário flexível no trabalho, poderão ser fatores que concorrem para o amenizar de possíveis conflitos entre a carreira profissional e o contexto do CSAD, diminuindo a pressão no subsistema conjugal e aumentando o seu bem-estar. Estes são resultados que vão ao encontro dos achados no estudo de Medeiros, Barbosa, Alves e Gratão (2022).

Nas UR expostas anteriormente é implícito que os cônjuges se apoiam mutuamente, diminuindo uma possível carga associada ao contexto do CSAD, existindo distribuição das tarefas por afinidade com as mesmas, evidenciando satisfação na dinâmica conjugal. Corroborando os resultados de outros estudos, Sandberg et al. como referido por DePasquale, Polenick, Davis e Berkman (2017) concluíram que o apoio do cônjuge no

âmbito do CSAD às parceiras reflete-se num menor sofrimento conjugal, que por sua vez pode ser indicativo de menores conflitos conjugais e numa divisão mais justa de tarefas domésticas, podendo traduzir-se no todo em relações mais satisfatórias. Pereira (2018) concluiu que o apoio de alguém próximo da cuidadora informal primária como o cônjuge, assumindo-se como cuidador informal secundário, tem um efeito protetor na mesma ao reduzir a sobrecarga associada à prestação de cuidados, funcionando simultaneamente como um apoio emocional e de supervisão à mesma.

Tendo como orientação a abordagem do CBF (Gottlieb, 2016) parece evidente que a maioria dos casais demonstram na aliança conjugal uma força, um recurso, uma estratégia que poderá funcionar como uma fonte de apoio levando ao incremento da sua autoeficácia, bem-estar e particularmente da sua *Satisfação Conjugal*.

b) Satisfação dos casais com o tempo que passam juntos

Zuo (1992) como referido por Hanson (2005) afirma que as restrições de tempo representam um fator a ter em conta na relação entre a *Satisfação Conjugal*, cuidar de filhos, realizar as tarefas domésticas e com as responsabilidades profissionais.

Para 6 dos 10 casais o CSAD não influenciou no tempo conjugal. As UR demonstram a sua satisfação proporcionada pela flexibilidade e reorganização desse tempo, não havendo prejuízo na relação dinâmica conjugal:

“Não influenciou. Vamos gerindo as coisas. (...). (...) Sinto-me satisfeita com tempo que temos juntos.” (M6), “Não, não tem influência, (...), logo sinto-me satisfeito com o tempo que temos para nós. Não é por apoiar a minha sogra e os meus netos que estamos bem ou mal nesse campo. A gente vai-se organizando à medida que surgem os problemas, como sempre foi.” (H6);

“Não influência. Nós sempre nos apoiámos. À nossa maneira conseguimos gerir o tempo.” (M5), “Não sinto que influencie, com uma boa organização tudo se faz. E sim, estou satisfeito na gestão com o nosso tempo para as nossas coisas.” (H5);

“(…) Há tempo para tudo. Nunca influenciou. Eu sinto-me satisfeita com o tempo que temos. Temos conseguido gerir da melhor forma.” (M7), “Sinto-me bem com o nosso tempo. Até agora, no geral não tem influência, pois organizamos de forma a que tudo isto não prejudique nesse sentido.” (H7).

Sugere-se que este resultado, seja consequência da longevidade da conjugalidade dos casais envolvidos, que na sua maioria possuem relacionamentos com uma longevidade

muito próxima ou superior a 20 anos. Relembrando o ciclo vital do casal segundo Franck-Lynch (1993) como referido por Relvas (1996), estes casais estando alocados à terceira e última etapa desse ciclo encontram-se numa fase de empatia no casal que culmina numa estabilidade, que poderá ser representativa de uma vantagem perante novos desafios e mudanças que representou a assunção do *Papel de Prestador de Cuidados* aos seus ascendentes em simultâneo com o apoio e cuidados aos seus descendentes, o que poderá ter contribuído para facilitar o processo de transição situacional associado ao CSAD (Figueiredo, 2012; Relvas, 1996). De ressaltar que alguns destes casais cujas as conjugualidades se aproximam dos 20 anos de duração apesar de pais tardios, no entanto apresentam uma maturidade relacional e tempo de convivência que lhes permite demonstrar uma postura mais flexível e tolerante perante determinadas condicionantes potenciadoras de conflitos e tensões, como representa o contexto do cuidado intergeracional inerente à simultaneidade do desempenho do *Papel Parental* e do *Papel de Prestador de Cuidados* aos seus ascendentes.

Não tendo sido realizada a exploração exaustiva na dimensão avaliativa estrutural da família extensa dos casais ou dos seus sistemas mais amplos, alguns casais referiram ter apoio de retaguarda da sua família extensa e vizinhos na eventualidade da necessidade de se ausentarem para realizarem atividades em casal, apesar de evitarem como já abordado anteriormente na caracterização dos ascendentes apoiados. Referem ter o apoio dos seus filhos, vizinhos e irmãos na sua substituição temporária no cuidado aos ascendentes, e mais uma vez demonstrando competência e capacidade de ir ao encontro de estratégias no sentido da sua reorganização para a manutenção das suas rotinas conjugais:

“Também tenho as minhas filhas de retaguarda, que se necessário ficam com a avó, quer por pouco tempo, quer por exemplo no caso de férias mais prolongadas.” (M9), “Olhe no caso de irmos dar a nossa voltinha, arranja-se sempre alguém para orientar a minha sogra, as nossas filhas ou até mesmo os vizinhos (...).” (H9).

Estes resultados são corroborados no estudo realizado por Cruz (2019), que reconheceu a vinculação do recurso por parte dos cuidadores informais ao apoio de pessoas que lhes são próximas, como os seus filhos e os cônjuges.

Os restantes 4 casais (n=10) referiram que o CSAD influenciou no tempo em casal, percecionando insatisfação decorrente da pressão de equilibrar as exigências inerentes ao CSAD com a manutenção da identidade conjugal:

“Sim, sem dúvida que influência (...) Não sinto satisfação nesse aspeto, porque o tempo que estamos a despende para a resolver as coisas dos meus pais, estamos

a retirar tempo a nós como casal, (...). Também temos que dar atenção à menina, mas enfim agora essas são as prioridades.” (M8), “Sim, há influência e de que maneira. É sempre uma correria no nosso dia-a-dia, com as miúdas, com os problemas dos meus sogros. Não me sinto satisfeito, mas por agora tem mesmo que ser assim (...)” (H8).

A satisfação do casal parece ter sido (re) direcionada para a satisfação familiar como um todo, em prejuízo do subsistema conjugal pautado pela diminuição do tempo de dedicação e de partilha conjugais, muitas vezes a serem substituídos por variadas tarefas ou solicitações inerentes ao CSAD, consideradas essenciais para o bem-estar da unidade familiar.

Os resultados anteriores corroboraram o estado da arte que versa acerca da temática do cuidador informal. O tempo do casal representa a oportunidade de o mesmo realizar ou descobrir interesses, atividades comuns (Costa, Bulhões & Nagashima 2018). Entre as várias dificuldades expressas por cuidadores informais no âmbito das relações familiares, a restrição no tempo dedicado ao seu relacionamento conjugal é uma delas (Pereira, 2018). Cruz (2019) concluiu no seu estudo que no âmbito das dificuldades e constrangimentos experienciados pelos cuidadores, a diminuição da relação conjugal decorrente da falta de tempo no âmbito individual e conseqüentemente em estar com o outro foi uma delas. Boaz, Hu e Ye (1999) concluíram no seu estudo que a prestação de cuidados na forma de tempo, foi a principal transferência de recursos entre filhos cuidadores e pais. Por último, Silva (2022) evidenciou que dos vários desafios expostos por filhas cuidadoras de ascendentes, as dificuldades na gestão do tempo em família era um deles, revelando a ocorrência de restrições como deixar de ir de férias e saídas ao fim-de-semana.

No estudo realizado por Fletcher e Steiner (2017), as cuidadoras em “sanduíche” em função da manutenção do equilíbrio do desempenho de vários papéis (mãe, cuidadora, trabalhadora e cônjuge) referiram que apesar de ser possível a sua conciliação, em determinados momentos experienciaram sacrifícios entre quais a restrição de tempo em família. No mesmo ano um estudo desenvolvido pela Coface (2017) acerca das necessidades e desafios das famílias cuidadoras na europa, evidenciou os relatos dos cuidadores informais acerca da escassez do tempo para membros da família, nomeadamente para com o cônjuge.

c) Satisfação dos casais como cada um expressa os sentimentos

Verificou-se a ausência de UR alusivas a implicações do contexto do CSAD, na dinâmica de expressão de sentimentos no seio conjugal em 8 dos 10 casais. Percecionou-se que expressar sentimentos e emoções era já prática corrente na dinâmica conjugal, permanecendo com a mesma intensidade e com a evidência de satisfação de ambas as partes:

“Sim, sem dúvida estou satisfeita. Falo com o meu marido sobre tudo, isto é, sobre os meus traumas, os meus medos, e receios com o futuro enquanto casal nesta situação, tudo mesmo.” (M7), “Nesse aspeto estou satisfeito, porque cá em casa não há segredos. Digo-lhe quando acho que alguma coisa não é o correto, e me faz sentir menos bem, inclusive acerca de todo o contexto em que estamos envolvidos agora, com ela a apoiar a avó, e com a menina, com tudo ao mesmo tempo.” (H7).

Fica simultaneamente a perceção de que a forma como cada um se expressa na relação com o outro é aberta, direta e sincera, sendo um aspeto fundamental na sustentação da *Satisfação Conjugal* para ambas as partes.

1.2.4.2. Comunicação do casal

Ao comunicarem funcionalmente os cônjuges são colocados em relação proporcionando uma ligação, a união entre os mesmos (Alarcão, 2006). Para Figueiredo (2012) a dimensão operativa comunicação do casal é tida como a dimensão medular no âmbito da *Satisfação Conjugal*, visto que “(...) reporta às acções interaccionais subjacentes aos comportamentos relacionais, que caracterizam a relação e que promovem a satisfação processual, percebida pela possibilidade da partilha e da redução de ambiguidades entre os membros do casal.” (p. 80).

Orientadas nesta dimensão organizaram-se três categorias no âmbito do CSAD: satisfação dos casais com o padrão de comunicação conjugal; satisfação dos casais quanto à partilha das expectativas e receios; satisfação dos casais quanto ao acordo quando há discordância de opinião.

a) Satisfação dos casais com o padrão de comunicação conjugal

Para 9 dos 10 casais afirmaram que o contexto do CSAD não influenciou o seu padrão de comunicação, mostrando satisfação e manutenção do diálogo constante representativo do mesmo:

“Não, não influenciou em nada. Sempre foi ponto assente desde que estamos juntos não haver dúvidas sobre nada, e ser tudo falado na hora. Falamos de tudo sobre nós, sobre equilibrarmos os cuidados aos meus pais e com as rotinas da menina, os nossos trabalhos. Se houver distúrbio nesse equilíbrio entre nós e esse apoio como diz simultâneo, isso é discutido no imediato.” (M3), “Não de todo. Sempre se falou de tudo entre nós. (...) Mudaram as nossas rotinas com os cuidados aos meus sogros e às meninas. Adaptámos algumas coisitas, mas a gente a falar um com outro tá igual. Dizemos tudo um ao outro da mesma maneira.” (H3).

Decorrente do contexto do CSAD apenas 1 casal não comunga da satisfação com padrão de comunicação demonstrada pela maioria, com a conseqüente mudança na dinâmica da comunicação conjugal: “

(...) Na forma como lhe transmito as coisas houve influência, e continua a influenciar. (...) falo com ele (()) mas não da forma como deveria. Não o faço da melhor maneira, pois acaba ele por ser o meu “saco de pancada”. A comunicação existe (()), mas acaba por ser afetada pelo “bolo” total do cansaço entre cuidar dos meus pais, dos meninos em simultâneo.” (M4), “Sim, há influência (...), e às vezes já não sei como lá chegar, (()) e o que me agasta um bocadinho, é que tem que ser à bruta (()) tenho que puxar, puxar e puxar para ela me dizer alguma coisa (...). Nem sempre foi assim.” (H4).

Assim, torna-se particularmente importante que o EEESF avalie as forças conjugais, bem como os possíveis constrangimentos, dúvidas, receios e angústias que possam estar inerentes a essa mudança, intervindo colaborativamente com os mesmos, capacitando-os na sua consciencialização no sentido da melhoria da comunicação conjugal (Reis et al., 2022).

b) Satisfação dos casais quanto à partilha das expetativas e receios

Das 10 cuidadoras em “sanduiche”, 9 relataram que partilhavam com os cônjuges os seus receios e expetativas decorrentes do contexto de CSAD. Percecionou-se na maioria das UR que os cônjuges comunicam entre si, não havendo alterações ao padrão de comunicação já existente e cimentado na formação do casal como evidenciado na categoria anterior, demonstrando satisfação:

“(...). Desabafo com ele como sempre fiz, pois ando a ficar assustada com o aumento da dependência dos meus pais. Tento não pensar que o fim pode estar próximo, e que também posso estar a falhar com a minha filha como mãe, (...). Não vale a pena ter expetativas sobre isto. Vive-se um dia de cada vez.” (M3);

“Desabafo com ele. Como já lhe disse anteriormente, falamos de tudo como sempre fizemos, e há dias bons e dias menos bons. (()) Nos menos bons deito a cabeça no ombro dele e choro, desabafo. Ninguém é de ferro.” (M5), “Conversamos de tudo, como já tive oportunidade de dizer.” (H5).

Nas UR de 3 cuidadores em “sanduíche” (n=10) ficou evidente o receio de implicações negativas no bem-estar das parceiras, e as mesmas reconhecem o apoio, e essa preocupação tornando-se clara a empatia, a compreensão mútua, e a entreaajuda no casal:

“Sabe ela gosta de ter o peso nos ombros, principalmente com os miúdos, (...). É claro que lhe provoca exaustão, e juntando para piorar a situação dos pais eu temo por ela. Preocupo-me e tento demonstrar-lhe a minha preocupação em lhe tirar esse peso dos ombros, pelas consequências que temo nela e na nossa relação.” (H4);

“(...) Também para ela não é fácil, pois como ainda trabalha, com o stress relativamente á mãe e pela preocupação em ajudar a minha filha com os nossos netos, fica derrotada. Tenho receio pela consequências na saúde e no psicológico dela.” (H6);

“Como já lhe disse, converso e desabafo tudo com ele. É a minha rede de salvação, o meu apoio neste equilibrar entre estar presente para a minha mãe, para a minha filha, e para os nossos netos.” (M7).

O apoio, a preocupação, a compreensão e entreaajuda demonstradas, a empatia são sustentadoras da manutenção do bem-estar da relação conjugal. Demonstraram uma união sustentadora de uma aliança conjugal à qual são subjacentes aos factores descritos, podendo ser considerada como uma força, um potencial perante os desafios e possíveis implicações decorrentes do cuidado intergeracional, e ainda a estratégia conjugal facilitadora da transição inerente ao CSAD. E mais uma vez se reflete nestes casais a comunicação conjugal como padrão comunicacional, estratégia fundamental na dinâmica conjugal.

Estes resultados corroboram os resultados idênticos alcançados no estudo de Silva et al., (2021), onde as autoras concluem que a compreensão e entreaajuda no casal são factores protetores da conjugalidade em fases de transição de desenvolvimento do CVF, e que a presença da comunicação conjugal representa outro dos factores protetores da relação conjugal.

c) Satisfação dos casais quanto ao acordo quando há discordância de opinião

Metade dos casais (n=10) são unânimes em considerar que a discordância de opinião existe não em função do contexto do CSAD, mas em função de fatores inerentes à dinâmica do próprio casal que na maioria dos casos não demonstraram abertura para a sua especificação:

“(...). Discordamos, (...). Mas esta discordância raramente se relaciona com o fato de nos dividirmos entre os meus pais e a menina. Mas também assim como surge, desaparece, porque já temos idade para ter juízo (risos) (...).” (M3), “Há sempre alguma discórdia. Não é pela rotina da M3 se dividir entre nós, a menina e os meus sogros. Isso vai-se controlando. As discordâncias de opinião são mais de coisas nossas, mas evitamos ao máximo discutir assim tá ver de forma acesa (...).” (H3).

Subjacente ao discurso dos casais fica vincada a valorização de evitar conflitos, que poderá estar relacionada com o tempo de conjugalidade dos casais e conseqüentemente com a maturidade relacional alcançada nos mesmos, aspetos já abordados noutra categoria anterior. Ribeiro (2005) alcançou resultados semelhantes no seu estudo, associando o evitar de conflitos conjugais a casamentos de maior duração no tempo, nomeadamente nos casais com 25 anos ou mais de conjugalidade. Representa um indicador que segundo a autora, advém do conhecimento mútuo e aceitação maiores na relação conjugal por parte dos cônjuges, referindo ainda que essa característica é típica dos relacionamentos em casais da meia-idade e conseqüentemente na fase de desenvolvimento do CVF de famílias com filhos adultos. Esta característica também foi constatada quer nos casais nesse estadió do CVF, como nos outros casais participantes que se encontrarem noutras fases de desenvolvimento do CVF.

Um casal destacou-se nesta categoria, pois tal como os casais anteriores atribuíram a discordância de opinião à sua dinâmica de casal, expondo que o contexto do CSAD os levou a uma maior aproximação:

“Discordamos por situações nossas enquanto casal. Esta situação com os velhotes até nos tem unido mais do que nos afastado.” (H2), “(...). Não sinto que desde que começamos a apoiar mais os velhotes, e ao mesmo tempo com as rotinas dos miúdos, isso trouxesse alterações significativas para nós. (...) as discordâncias são mínimas e são por coisas de casal, e isto tudo levou a que remássemos no mesmo sentido ainda mais.” (M2).

Outro casal afirmou que a discordância de opinião no seio do casal se deve a características de personalidade, que inevitavelmente pela tensão que o contexto do CSAD pode gerar, conduzem a discordância de opinião:

“Há discordância de opinião que se reflete-se de muita coisa. Umas vezes relacionada com nosso feitio, outras vezes relacionada com o equilibrar desta nova rotina com os meninos e o apoio aos meus pais (...). A teimosia dele leva-nos ao impasse no nosso dia a dia por coisas sem jeito nenhum. Mas sim tudo junto causa mais impacto (...).” (M4), “Ela é controladora, mas isso desde de sempre em tudo na nossa vida. Agora com o termos que equilibrar esta rotina, e como também chocamos um pouco como já chocávamos antes, agora piorou um pouco (...).” (H4).

Importa recordar que a abordagem sistémica ao subsistema conjugal desconstrói o mesmo em três elementos: o tu, o eu e o nós (o par que desenvolve o projeto e o processo de casal). Cada elemento tem uma identidade e vida próprias, onde nem o sistema conjugal nem os subsistemas individuais que o constituem o podem esquecer, assim como não se podem abstrair de que a autonomia, a partilha, e a negociação são instrumentos cruciais de articulação conjugal (Alarcão, 2006). Assim, a totalidade dos casais (n=10) narraram que apesar da discordância de opinião subjacente ou não ao contexto do CSAD, alcançavam o entendimento, demonstrando satisfação e descrevendo que o diálogo, a compreensão do outro são as estratégias conjugais utilizadas:

“Sim, regra geral entendemo-nos. Como já disse, foi sempre importante desde o início da nossa relação falar do que acontece de mal ou de bem connosco. (...) Faço por criar os nossos momentos, como coisas do tipo: um jantar, um cafezinho, um passeio a dois. Olhe principalmente se for ele a sugerir, pois faço por agradar-lhe pela compreensão, pelo apoio e respeito que tem por mim, por nós, pela filha e pelos meus pais.” (M3), “(...) É fácil encontrar o equilíbrio, quando conhecemos o outro, quando o compreendemos e fazemos por isso. E claro, com o diálogo resolvemos muita coisa entre nós.” (H3);

“Sempre falámos tudo um ao outro. Acho importante deixar o outro desabafar, e passado um bocado os ânimos acalmam mais da parte exaltada, conversamos e entramos num entendimento quase sempre, porque há compreensão entre nós, e apoiamos-nos. (...). Mas, também não somos duas pessoas iguais, conhecemos o feitio de cada um, e logo lidamos com os problemas de forma diferente, mas como uma equipa já com alguns anos, e em equipa que ganha não se mexe (risos).” (M5), “Acima de tudo a falar é que nos entendemos. Connosco é assim. Eu falo mais, e ela ouve mais. O nosso feitio tem-se moldado ao longo dos anos, e agora mais ainda para conjugarmos as coisas com a minha sogra e os nossos netos.” (H5).

Em suma, da análise das narrativas de todos os casais percebe-se uma comunicação eficaz remetendo para a metacomunicação, que segundo Alarcão (2006) é um elemento necessário à construção e evolução do processo de casal permitindo-lhe o esclarecimento, a negociação e o alcance do entendimento perante os conflitos e as divergências de opinião no sentido da consolidação da ligação entre os elementos da díade. Conduz o casal à clarificação, à congruência comunicacional que são ingredientes fundamentais ao desenvolvimento e sustentação da conjugalidade. A autora afirma que em termos relacionais, a complementaridade torna-se o modelo comunicacional por excelência, sendo a mesma perceptível nas narrativas expostas anteriormente. Subjacente a essa complementaridade está a articulação entre as posições do *one-up e one-down* no subsistema conjugal, em que os cônjuges se conhecem e ao assumirem as suas diferenças transformam-nas em vantagens ao invés de um impedimento. É perceptível no discurso conjugal, a utilização da metacomunicação enquanto ferramenta, estratégia de superação perante a discordância, que lhes permite alcançar o acordo e o entendimento. O diálogo é a estratégia de coping conjugal assumida como a estratégia de resolução construtiva de eleição transversal à maioria dos casais. Este achado é validado noutros estudos, que exaltam o diálogo como estratégia diádica para o entendimento, resultando em conjugalidades equilibradas (Alexandre, 2011; Falcão, Nunes & Bucker-Maluschke, 2020; Oliveira Campos, Scorsolini-Comin & dos Santos, 2017).

Silva et al. (2021), afirmam no seu estudo que um relacionamento baseado no apoio, no respeito pela individualidade de cada elemento do casal são pilares cruciais para que o mesmo supere necessidades conjugais, contribuindo para o aumento da *Satisfação Conjugal*. Esses pilares estão espelhados na descrição detalhada que os casais imputam para o alcance do acordo conjugal, perante as discordâncias com que deparam no seu quotidiano.

A compreensão é outra estratégia exaltada nos discursos dos casais, atuando como um fluxo de intensões de um elemento do sistema conjugal em direção ao outro. Se por um lado facilita a convivência e mantém o laço conjugal, por outro lado mobiliza ao diálogo, à comunicação no sentido dos esclarecimentos perante a discordância, o conflito, e assim restabelecendo o entendimento face à ameaça da estabilidade conjugal. Este resultado vai ao encontro dos resultados alcançados no estudo de Silva et al., (2017), onde os autores consideraram que a compreensão é um componente inerente a cada subsistema individual que compõe o subsistema conjugal, levando à reflexão individual atuando como um fator

preventivo de conflitos, que por sua vez poderão agredir e corroer o relacionamento conjugal.

Recorrer ao silêncio perante o outro proporcionando espaço para reflexão a ambas as partes, funciona como a estratégia para a compreensão do cônjuge e o consequente entendimento perante a discordância de opinião mediante o contexto do CSAD:

“(...). Desabafo com ele, mas proporcionar silêncio é importante e assim permite também dar-lhe espaço a ele (...).” (M3), “Eu sei que ela precisa do seu espaço, de silêncio quando não estamos de acordo sobre algo nosso, ou quando a situação dos pais e com a menina ao mesmo tempo interfere connosco (...).” (H3);

“(...) tenho que lhe dar o espaço dela, manter-me no silêncio, e depois dos dois refletirmos, entramos num acordo para resolver seja o problema com as gémeas, com a mãe dela ou connosco, ou tudo junto, o que também pode acontecer.” (H8).

O resultado anterior corrobora os achados dos estudos referenciados atrás, onde os autores concluíram que os cônjuges se reportam ao movimento introspetivo do silêncio no sentido de amenizar a discordância, o conflito logo no imediato. Posteriormente um dos elementos da díade procura entender as suas razões do outro, atuando como moderador no conflito. Os resultados alcançados corroboram a linha de pensamento de Silva, Figueiredo, Costa e Camarneiro (2022), que concluíram no seu estudo que manter o silêncio sobre si para a posterior compreensão do cônjuge funciona como estratégia conjugal perante a situação de discordância que possa levar a confronto e a exaltação de conflitos conjugais, como abordado anteriormente.

1.2.4.3. Interação sexual

A dimensão operativa *Interação Sexual* é concetualizada como: “(...) A expressão dos afetos na intimidade, a frequência das relações sexuais e as oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados ao tempo, espaço e privacidade, são alguns dos aspetos que vão influenciando a satisfação do casal, integram a definição de padrão de sexualidade.” (Figueiredo, 2012, p. 80). A autora afirma que a sexualidade é subjetiva, pois é vinculada à multidimensionalidade e complexidade intra e interpessoal de cada elemento do casal e ao modelo relacional construído pela díade conjugal, integrando expectativas e crenças sobre a sexualidade. Com base nesta dimensão, organizou-se a categoria:

a) Satisfação dos casais com o padrão de sexualidade

Seis casais (n=10) demonstraram nas suas narrativas que o contexto do CSAD não trouxe implicações ao seu padrão de sexualidade, mantendo-se inalterado:

“As coisas estão normais e não foi apoiar a minha avó, os meus pais e nossa filha, que alterou alguma coisa na nossa vida íntima.” (M7), “Não, não sinto que esta situação teve interferência na nossa intimidade.” (H7).

No entanto, destacou-se um casal nesta categoria pela forma assertiva como inicialmente afirma que o contexto do CSAD não acarretou implicações ao seu padrão de sexualidade, contudo, e após alguma reflexão comum a ambos concluem que houve implicações:

“Não, nunca teve implicações (...), nem na fase em que as meninas eram pequeninas e a minha mãe começou a ficar mais dependente disso afetou. (...) (()) Mas também há alturas em que tudo isto com a minha mãe, com as meninas nos ocupa de tal forma a cabeça que não temos tempo de pensar nessas coisas. Tem sido de facto menos frequente.” (M5), “Não, nunca senti que isso tivesse implicações. (...) (()) Mas temos que ter paciência, quando esperamos alguma coisa e os planos não saem com queremos. (()) Bom pensando bem, há alturas que de alguma maneira influência.” (H5).

Os restantes 4 casais (n=10) demonstraram comunhão nas UR ao afirmarem que o contexto do CSAD trouxe implicações ao seu padrão de sexualidade, traduzidas maioritariamente na diminuição da frequência de relações sexuais associada a outras implicações já abordadas noutras categorias como a diminuição do tempo do casal (tempo conjugal como um recurso do casal), diminuindo as oportunidades à intimidade em conjugação com cansaço físico e emocional subjacente à rotina inerente ao contexto supracitado conjugada com outras responsabilidades:

“(...) Tenho fases em que ando mais cansada física e psicologicamente (...), e o apoio aos meus pais tem vindo a roubar mais tempo ao longo dos anos, diminuído os nossos encontros por assim dizer. (risos)” (M3), “(...) É óbvio que as preocupações dela com o trabalho, as horas que dedica aos meus sogros e o seu cansaço dominam, e acabamos por não estarmos juntos nesse campo tantas vezes como queríamos, e eu compreendo e só tenho que aceitar (...).” (H3).

“(...) é o bolo todo entre os meus pais e os meninos, o trabalho. Não há tempo, não há paciência (...) venho muitas vezes exausta. Chego á noite só quero dormir. Já era assim só com os meninos sabe. (...). Mas ele respeita tudo isto, e mostra-se compreensivo. Compreendo-o, e reconheço que tem existido muita paciência para a minha ausência. Chego a dizer-lhe que qualquer dia me põe as malas à porta (risos).” (M4); “(...) Sabe ela gosta de ter o peso aos ombros. São os miúdos, o

trabalho, os pais. Eu imponho o meu apoio, e faço-lhe ver que tem que se deixar ajudar (...), é notório o cansaço e a falta de paciência da parte dela para estarmos juntos intimamente. Eu sou compreensivo e demonstro que a respeito, e resigno-me perante as evidências que há dias bons e dias menos bons, que acabam por afetar nesse campo. Isto também não é de agora. Assim que nasceu o nosso primeiro filho alterou, foi escalando para pior. Então quando nasceu a menina (()) bom, mas isso são outros quinhentos (...).” (H4).

“Sim, mudou (...). Mudou bastante. Com esta correria entre as meninas e os meus pais (...). (...). Basta que diminuimos as vezes que temos relações sexuais durante a semana. Ando cansada, com a cabeça sempre ocupada com tenho que fazer ao outro dia (...).” (M8), “Sim, por exemplo implicou redução no número de vezes em que temos relações sexuais. e mesmo quando estamos juntos é complicado, pois o cansaço leva a melhor Não exijo nada como é óbvio. Pronto há que ter paciência.” (H8).

Embora a intimidade tenha inerente uma manifestação individual, é no contexto de conjugalidade que se vê fortalecida, sendo tida como um dos elementos fundamentais da *Satisfação conjugal*. Apesar do intercâmbio sexual ser um elemento significativo para a solidificação da cumplicidade conjugal, os recursos pessoais evidenciados nas narrativas funcionam como estratégias de manutenção do laço conjugal, cruciais para uma conjugalidade sólida e transversais as seguintes fases de desenvolvimento do CVF. A compreensão como um recurso individual, pode ser favorecedora da tolerância (o direito do outro ao seu ponto de vista, permissão ao outro ser quem é, saber ouvir a opinião oposta), da paciência e muitas vezes da resignação acerca do que não se pode alterar, quando em contato com o outro que é diferente na sua forma de se comportar perante um determinado contexto (Silva et al., 2017). A compreensão, a paciência, a tolerância, o carinho, o respeito e a resignação são recursos pessoais evidentes no discurso conjugal, com maior relevo nas narrativas masculinas em relação às parceiras, mas percebidas pelas mesmas. São reconhecidos como forças, recursos sustentadores da comunhão, da cumplicidade e reciprocidade na relação conjugal, que contribuem para a adaptação e desenvolvimento do processo conjugal perante o contexto do CSAD. O companheirismo, os pensamentos e atitudes de apoio, de aceitação, de adequação, de adaptação e compreensão entre o casal, o respeito pelo tempo e a valorização do “eu”, são resultados que vão ao encontro de resultados dos estudos de Porreca (2019), Silva et al., (2022), e de Silva et al., (2017).

Deve-se reter que num contexto de co-construção do espaço íntimo relacional, a satisfação aumenta em função do padrão comunicacional eficaz fomentando a

inteligência emocional conjugal, e traduzindo-se diálogo sustentador da empatia, da compreensão, recursos evidenciados na maioria dos casais e vistos como forças a mobilizar (Figueiredo, 2012).

Em suma, mais de metade dos casais teve implicações no seu padrão de sexualidade decorrentes do contexto do CSAD, mas aparentemente não se revelou uma fonte de ansiedade, nem de evidência de aparentes repercussões negativas na satisfação sexual individual que se refletissem na interação sexual conjugal e conseqüentemente na sua *Satisfação Conjugal* como um todo. Evidenciou-se um ajuste, uma adaptação do padrão de sexualidade conjugal decorrente da articulação dos subsistemas individuais no seio da relação, conduzindo à funcionalidade e permitindo a continuação e desenvolvimento do casal (Silva et al., 2017).

1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Figueiredo (2012) aborda a Dimensão Funcional Familiar referindo-se aos níveis de “(...) interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade.” (p. 91). Uma das áreas de atenção fundamentais do funcionamento familiar é a dimensão expressiva que se retrata no *Processo Familiar*, que por sua vez se centra nos padrões de interação dos membros da família com o objetivo de identificar necessidades nessas áreas familiares. Esta dimensão compreende cinco dimensões operativas: *comunicação familiar*; *coping familiar*; *interação de papéis familiares*; *relação dinâmica*; e *crenças familiares* (Ibidem).

As *Crenças Familiares* englobam um conjunto de categorias de crenças, nas quais se destacam as *crenças sobre a intervenção dos profissionais de Saúde* que “(...) integram motivações, perceções e expectativas da família sobre a contribuição dos mesmos para a promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar ou ainda, na adaptação da família à entrada destes na sua dinâmica funcional.” (Figueiredo, 2012, p. 101). Suportada nesta dimensão operativa do *Processo Familiar* organizou-se a categoria:

a) A Intervenção do Enfermeiro de Família.

Todos os casais recorrem à intervenção da sua Enfermeira de Família maioritariamente em contexto associado a consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil e de Saúde do adulto e do idoso. Contudo, numa análise mais aprofundada dessas narrativas transpareceu a perceção de que a intervenção da mesma foi mais além dos cuidados de enfermagem no sentido técnico, isto é, dos procedimentos técnicos necessários para promoção, vigilância e restabelecimento da saúde dos seus ascendentes e descendentes. É percecionado o seu apoio, a preocupação com a saúde da unidade familiar, a disponibilidade através de escuta ativa, a sua capacidade de mediação, e agente facilitador mediante especificações singulares destes casais primando pela proximidade sustentada numa parceria colaborativa:

“Olhe, ela está sempre disponível, preocupada com a minha saúde mental no meio disto tudo. (...) questiona-me como vão as coisas com os miúdos, com os velhotes, entre mim e o meu companheiro. Ela também vê logo na minha cara como é que eu estou.” (M2), “Tem sido espetacular. Sei que apoia muito a minha companheira. (...) sei que desabafa com ela sobre isto tudo que está a acontecer, com os velhotes, com os miúdos e connosco pelo meio (...).” (H2);

“Desde que a minha mãe se tornou dependente de mim, fiquei grávida, e tive que após o nascimento da minha filha articular-me com esta realidade toda. Nessa fase foi crucial a atenção que me deu e que nos deu como casal. É um apoio, uma âncora para nós, além de uma excelente enfermeira com os problemas da minha mãe.” (M3);

“(...) se tenho mais dificuldades na comunicação com os meus pais, e se sabe preocupa-se. Muitas vezes intervém e acaba por fazer a ponte entre mim e os meus pais. Isso facilita muito a minha vida. (...). Ela tem a estratégia certa para eu lidar com eles. Como filha às vezes tenho dificuldade em impor-me. Noto que a preocupação dela vai além dos problemas com os meus pais, e isso é raro, e nem é normal. Vai lá casa fazer o penso á minha mãe, mas pergunta sempre por todos.” (M8);

“(...) tenho na nossa enfermeira um ombro amigo (...). Se contactamos o centro de saúde e ela não pode por alguma razão atender ou não está, retorna sempre o contato.” (M1), “(...) preocupa-se bastante em saber se estava tudo bem connosco, a família toda. Olhe isto nem é normal (...).” (H1);

“(...) ela apoia-me muito, mesmo muito. Ela ouve-me, e só isso vale muito para mim. (...) nunca diz me nega apoio, como numa altura que a minha mãe estava com uma infeção urinária, e eu avisei-a que ela nem ao centro de saúde queria ir. Então, ela ligou e disponibilizou-se a falar com ela, e veio cá a casa. Conseguiu que ela fosse ao hospital. Portanto, isso não se paga com dinheiro nenhum, nenhum mesmo. Dá-me segurança saber que posso contar com ela (...).” (M5);

” Ela é muito importante para eu saber dar a volta a certas situações, principalmente com os cuidados à minha avó. (...) começaram a aparecer as escaras à minha avó, e tive necessidade de recorrer a ela. Também está apar da doença psiquiátrica da minha mãe, e já não é a primeira vez que é ela lhe põe

algum juízo na cabeça com a gestão da medicação. Preocupa-se com a relação dos meus pais, e dá-lhes muito apoio. Também é próxima de nós há muitos anos. Tem sempre uma palavra amiga.” (M7); “Ela tem sido, segundo a minha esposa, muito atenciosa com a situação da avó da minha esposa e com os meus sogros que também têm os problemas deles. Da minha experiência com a menina nas consultas muito profissional, transmite segurança e competência. Sempre muito interessada como as coisas vão lá em casa. (...).” (H7);

“Ela tem-nos ajudado bastante com a minha mãe (...). Se não pode atender o telefone, ela retorna o contato logo que possível (...), se tenho mais dificuldades de comunicação com a minha mãe, ela intervém e acaba por fazer a ligação entre nós. Ela tem sempre uma estratégia, para eu chegar a bom porto com a minha mãe. Sempre preocupada com a minha saúde no meio disto tudo, e para eu não me esquecer do meu marido (risos)” (M9);

“É um apoio para nós, sempre preocupada com vão as coisas entre nós, e com a minha sogra nos cuidados. Vem cá casa e se alguma coisa com ela está menos bem, ensina-nos a melhor maneira de tratar dela. Por exemplo com a maneira dela estar deitada na cama, com a posição melhor para comer; com a pele, porque ela vai piorando não é.” (M10); “(...) se é preciso alguma coisa para nós, ou para a minha mãe está sempre disponível. Como nos conhece de longa data, preocupa-se muito com os nossos problemas, porque os conhece e tem interesse em saber se as coisa tão controladas ou se há questões novas para resolver.” (H10).

Demonstrando satisfação na forma como são escutados, é perceptível aos casais que a sua Enfermeira de Família cria as condições favoráveis à expressão de sentimentos e emoções enquanto cuidadores em “sanduíche”, mas também enquanto casais em “geração sanduíche” que necessitam de proteger a sua conjugalidade no contexto inerente ao CSAD. Evidenciaram o seu papel enquanto educadora de saúde, perspetivando-a como depositário de estratégias e informações no sentido de prevenção e promoção da saúde perante situações de vulnerabilidade (Hanson, 2005; Santos et al., 2019).

É perceptível nas UR anteriores que existe uma relação terapêutica que sustenta a interação colaborativa entre ambas as partes, onde a disponibilidade por parte da profissional é percecionada pela maioria dos casais e significativa para os mesmos. Reconhecem a sua competência técnica/científica, mas também é-lhe validado o apoio emocional percecionado na sua prática especializada, percecionando-a como um recurso externo facilitador da mudança imposta por determinadas contingências inerentes aos processos de transições normativos e não normativos ao longo do seu desenvolvimento familiar, e em particular do seu desenvolvimento conjugal (Figueiredo, 2012).

De uma forma geral as UR revelam que os participantes não se referem diretamente ao perfil profissional do Enfermeiro de Família como estratégia política e ação transformativa do foco individual para o foco unidade familiar enquanto centro dos cuidados norteado em orientações políticas e nos referenciais teóricos, desconhecendo-o, indo ao encontro dos achados de Vale (2023) no seu estudo. O cuidado focado na família como unidade de cuidados, e em cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, representa uma competência específica do EEESF (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Assim, por isso mesmo, torna-se crucial reforçar a divulgação do mesmo, tendo sido este estudo uma reflexão dessa mesma divulgação junto dos participantes no mesmo, e dos profissionais de saúde envolvidos. Não obstante está implícito nas mesmas que o foco da prática da sua enfermeira de família é simultaneamente o Eu (indivíduo) e o Nós (díade conjugal), realizando uma abordagem sistémica à família na perspectiva da unidade que representam, com atenção na *Satisfação Conjugal* indissociável nestes casais do *Papel Parental* e do *Papel de prestador de Cuidados*.

“(...) Se vou sozinho com a menina, às consultas tenta perceber se estamos bem enquanto família, mesmo com a minha esposa ausente e como interagimos com a menina. Mas isto desde sempre. Acho interessante esta perspetiva. Resumindo mostra uma disponibilidade constante, incentivando à nossa presença aqui no centro de saúde por qualquer problema na família ou à distância de um telefonema.” (H7);

“O apoio que dá à M3, desde que apoiamos os pais e nasceu a menina é fantástico, tem sempre uma palavra connosco. E se é preciso alguma coisa para nós, para os meus sogros, ou com a menina, está sempre disponível.” (H3);

“Apoia a minha esposa com os cuidados à minha sogra, e quando vem cá casa nota-se que se preocupa connosco, com as nossas netas e com a minha sogra. Noto que a preocupação no sentido de como nos sentimos no meio deste turbilhão todo.” (H5).

À luz da Dimensão Funcional do MDAIF subjacente à perceção de todos os casais sobre a intervenção da sua Enfermeira de família no alcance do seu potencial de saúde, a mesma é facilitadora do acesso a cuidados de saúde, reconhecendo as suas competências científicas mediante a necessidade de promoção, vigilância e restabelecimento simultaneamente da sua saúde e da saúde dos seus ascendentes e descendentes. Este é um resultado corroborado pelo estudo de Silva et al., (2022), à semelhança do reconhecimento do papel e competências do EEESF ainda que de forma implícita.

CONCLUSÃO

Concluído este relatório, pretendeu-se com o mesmo retratar o percurso desenvolvido em dois momentos de estágio, evidenciando o desempenho profissional concordante com este segundo ciclo de estudos, onde se preconizou a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano deste curso para a prática clínica.

Considera-se que os objetivos propostos foram atingidos, pois a concretização das atividades clínicas e de investigação expostas permitiram a aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na avaliação e intervenção às famílias ao longo do ciclo vital, e em situações complexas, mas também na gestão e participação em projetos de melhoria continua dos cuidados, no qual se integrou a formulação de uma questão de investigação respondida através da elaboração do estudo de investigação com casais em “geração sanduíche”.

Houve condicionantes limitadoras durante a concretização deste relatório, nomeadamente o fator tempo e a sua gestão à avaliação, intervenção e monitorização das famílias em resposta aos planos de cuidados implementados para consolidação das competências supracitadas, bem como a demora nas autorizações emitidas pelas comissões de ética ao desenvolvimento da investigação, desajustada face ao período em que decorreu o segundo momento de estágio. A escassa evidência científica na área de ESF que inclua a família como alvo de cuidados de enfermagem, mas também na abordagem à conjugalidade de casais em “geração sanduíche”, condicionou a corroboração de resultados nesta investigação, o que demonstra a pertinência do estudo desenvolvido. Houve dificuldade na sinalização dos casais constituintes da amostra, o que poderá ser indicativo que as famílias em processo de transição inerente ao cuidado simultâneo a ascendentes e a descendentes não estão sinalizadas.

Com o estudo de investigação pretendeu-se descrever as implicações percebidas na *Satisfação Conjugal* pelos casais em “geração sanduíche” decorrentes do contexto do cuidado intergeracional, conhecer as estratégias de coping conjugal que facilitaram a adaptação desses casais às implicações supracitadas, e por último descrever a sua perceção acerca da intervenção do Enfermeiro de Família no âmbito da funcionalidade

familiar e conjugal na experiência inerente ao contexto do cuidado supramencionado. Considera-se que foram alcançados, mediante os resultados obtidos.

A maioria dos casais revelaram satisfação com a sua conjugalidade, percebendo que o processo inerente ao cuidado intergeracional não foi influenciador da relação dinâmica conjugal. Na sua maioria evidenciaram reorganização conjugal não havendo prejuízo ao desenvolvimento conjugal, sendo os resultados reveladores do alcance de estratégias de coping eficazes, permitindo-lhes ultrapassar as implicações inerentes à transição situacional no âmbito do cuidado supracitado, proporcionando uma transição saudável com o alcance da mestria no mesmo.

Quanto às implicações na *Satisfação Conjugal* percebidas pelos casais decorrentes do CSAD, as mesmas pautaram-se por divergências comunicacionais que foram ultrapassadas com base do diálogo conjugal evidenciado como o padrão comunicacional praticado pela maioria dos casais, sustentador do esclarecimento, da negociação e no alcance ao entendimento. Esta foi a estratégia de resolução construtiva de eleição transversal à maioria dos casais. O silêncio também foi descrito como uma estratégia conjugal no sentido de proporcionar espaço à reflexão introspectiva a ambas as partes, sustentadora da compreensão mútua, e na valorização de evitar o conflito conjugal. Quando ao padrão de interação sexual dos casais, as implicações traduziram-se na diminuição da frequência das relações sexuais inerente à diminuição de oportunidades à intimidade, relacionadas por sua vez com diminuição do tempo conjugal (este último fator verificado só em alguns casais) e o cansaço físico e emocional em função da rotina do contexto inerente ao CSAD. Estas implicações foram aceites originando adequação e ajuste na dinâmica conjugal. De ressaltar que estas foram implicações narradas pelos casais, onde está implícita a importância relacionada com intimidade na vertente sexual.

Os recursos individuais retratados na preocupação, na compreensão, na paciência, na tolerância, no carinho, no respeito, na empatia e na resignação pelo outro são recursos pessoais com maior relevo nas narrativas masculinas em relação às parceiras, mas percebidas pelas mesmas, reconhecidos como forças, recursos indicadores da comunhão, da cumplicidade e reciprocidade na relação conjugal, e acima de tudo sustentadores da Aliança Conjugal como o recurso, a força maior conjugal contribuindo para a adaptação e o desenvolvimento do processo conjugal perante as implicações na conjugalidade destes casais inerentes ao contexto do cuidado supracitado

Os casais enaltecem e reconhecem a competência técnica do Enfermeiro de Família na resolução ou minimização dos problemas de saúde e manutenção do bem-estar dos seus ascendentes e descendentes, reconhecendo simultaneamente que proporciona apoio emocional focado quer no indivíduo, quer na unidade familiar enquanto unidade de cuidados no sentido de facilitar o processo do CSAD. Contudo o reconhecimento do papel desse profissional enquanto facilitador e mobilizador de recursos, e do reforço das potencialidades do sistema familiar, dos seus subsistemas individuais e particularmente do subsistema conjugal não é explícito nas suas narrativas, pelo que se torna crucial uma clarificação e evidência das competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar.

O estudo revelou-se inovador no sentido da descrição do tipo de apoio e cuidados prestados por parte dos cuidadores avós em “sanduíche” aos seus netos menores.

Os resultados revelaram a pertinência do conhecimento e a compreensão da perceção dos casais, das implicações expostas inerentes ao contexto do cuidado intergeracional na sua conjugalidade, e das estratégias de coping por eles mobilizadas para as ultrapassar ou minimizar. No âmbito da excelência da prática profissional, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar assumindo o papel de facilitador da adaptabilidade e funcionalidade sustentadoras do desenvolvimento conjugal no encontro das necessidades conjugais destes casais, direciona os cuidados de enfermagem adequadamente a cada unidade conjugal singular. Dessa forma potênciava a consciencialização dos mesmos do processo de transição do cuidado supramencionado, e orienta-os no reconhecimento dos seus potenciais e de novas forças mobilizadas no processo supracitado, e a mobilizar perante futuras situações de saúde complexas ao longo do contínuo desenvolvimento do CVF, impelindo ao seu desenvolvimento enquanto sistemas familiares.

Assim, perante os resultados obtidos e em consideração às competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar regulamentadas, sugere-se um investimento na sinalização e monitorização de casais em “geração sanduíche”, para a implementação de futuras intervenções no âmbito dos cuidados antecipatórios de promoção da saúde e bem-estar dos mesmos, no sentido de se consciencializarem atempadamente das suas forças, recursos e estratégias antes mesmo de serem necessárias, promovendo uma transição saudável no contexto do cuidado simultâneo a ascendentes e a descendentes. Em resposta aos resultados alcançados e no seguimento da sugestão anterior, foi elaborada uma proposta de protocolo de atuação com estes casais, em

colaboração com a Enfermeira Orientadora Cooperante (Apêndice VII), com o propósito de sinalizar e preconizar a monitorização regular destas famílias como um todo.

Os resultados vão ao encontro de evidências científicas, com o intuito duma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Sugere-se no âmbito geral o investimento na produção de mais evidência científica na área de Enfermagem de Saúde Familiar, suportando dessa forma a prática clínica do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos seus cuidados, e melhorando a visibilidade desta área específica de enfermagem. Num sentido mais restrito, sugere-se o investimento em estudos de investigação no âmbito da conjugalidade de casais em “geração sanduíche”, focando a família como um todo no contexto da transição inerente ao cuidado intergeracional.

Por último, o percurso retratado neste relatório possibilitou junto das equipas de saúde familiar, das famílias em contexto de consulta de enfermagem e visita domiciliária, e dos casais participantes no estudo de investigação, a disseminação do conhecimento na área de ESF e a visibilidade dos cuidados, na maioria das vezes condicionados pela perceção das famílias e comunidade de uma intervenção subjugada unicamente ao paradigma da execução de procedimentos técnicos. Reitera-se a importância dos referidos cuidados serem percebidos por quem os recebe, por forma que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar represente um recurso externo para as famílias de quem cuida, recorrendo aos cuidados deste especialista sempre que necessário ao longo do seu ciclo vital.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, E. & Moniz, R. M. (2021). Depressão e ansiedade em cuidadores pertencentes à geração sandwich. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 1079-1090. <https://doi.org/10.15309/21psd220325>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Alexandre, N. J. G. (2011). *Contemplan a conjugalidade na meia-idade: (Re)construção da relação do casal pós-parental, relações e interação com as gerações ascendentes e descendentes, e o seu impacto na satisfação conjugal* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10216/115175>
- Almeida, C. F. M. (2013). *Impacto das políticas de envelhecimento ativo promovidas pela Câmara Municipal de Aveiro junto da população idosa, não institucionalizada, do concelho* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25392/1/catarina.pdf>
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria (geriatric instruments). Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de [file:///C:/Users/aaa/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/aaa/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20(2).pdf)
- Araújo, I. & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 95-102. doi: 10.12707/RIII1171
- Ascensão, J. (2021). *Funcionamento psicológico positivo em adultos pertencentes à Geração Sandwich em contexto de pandemia covid 19: Estudo qualitativo* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11739/1/8067_17518.pdf
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (4.ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70, Lda
- Boaz, R. F., Hu, J. & Ye, Y. (1999). The transfer of resources from middle-aged children to functionally limited elderly parents: providing time, giving money, sharing space. *The Gerontologist*, 39(6), 648-657. <https://doi.org/10.1093/geront/39.6.648>

- Bolze, S. D. A., Crepaldi, M. A., Schmidt, B., & Vieira, M. L. (2013). Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Actualidades en psicología*, 27(114), 71-85. <https://doi.org/10.15517/ap.v27i114.4828>
- Burke, R. J. (2017). The sandwich generation: individual, family, organizational and societal challenges and opportunities. In Burke, R. J., Calvano, L. M. (2017) (Ed.), *The sandwich generation: caring for oneself and others at home and at work* (pp. 3-39). <https://doi.org/10.4337/9781785364969.00007>
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
- Carneiro, T., & Neto, O. D. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(46), 269-278. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200014>
- Carvalho, M. I. L. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12(1), 77-96. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i1p%0p>
- Coelho, M. T. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica de enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 11, 31-37. Recuperado de <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Coface Families Europe (2017). Who cares? Study on the challenges and needs of family carers in Europe. Recuperado de https://coface-eu.org/wp-content/uploads/2021/12/COFACE-Families-Europe_Study-Family-Carers.pdf
- Costa, L. G. F. (2015). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. [doi: org/10.33233/eb.v.15i3.181](https://doi.org/10.33233/eb.v.15i3.181)
- Costa, V. B. S., Bulhões C. S. G., & Nagashima A. M. S. (2018). “Quando os pássaros voam”: a família em momento de “ninho vazio”. *Revista de Enfermagem – UFSM*, 10(41), 1-20. [doi: 10.5902/2179769236601](https://doi.org/10.5902/2179769236601)
- Cruz, M. J. G. (2019). A perspectiva do cuidador do doente crónico face às intervenções dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no alto minho (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2244>

- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 - I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República n.º 161/2007 - I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. *Diário da República n.º 118/2017 - I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- DePasquale, N., Polenick, C. A., Davis, K. D. & Berkman, L. F. (2017). A bright side to the work–family Interface: Husbands’ support as a resource in double-and-Triple-duty caregiving wives’ work lives. *The Gerontologist*, 58 (4), 674-685. doi: 10.1093/geront/gnx118.
- DeRigne, L. & Ferrante, S. (2012). The sandwich generation: A review of the literature. *Florida Public Health Review*, 9 (12). Recuperado de <https://digitalcommons.unf.edu/fphr/vol9/iss1/12>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma n.º 15/2013*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia orientador da prática clínica*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia orientador estágio com relatório*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Estevens, J. (2015). Saúde e despesa em saúde num portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, 56, 41-63. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/39783>
- Evandrou, M., Falkingham, J., Gomez-Leon, M. & Vlachantoni, A. (2018). Intergenerational flows of support between parents and adult children in Britain. *Envelhecimento e Sociedade*, 38 (2), 321-351. doi:10.1017/S0144686X16001057

- Evans, K. L., Millsted, J., Richmond, J. E., Falkmer, M., Falkmer, T., & Girdler, S. J., (2016). Working sandwich generation women utilize strategies within and between roles to achieve role balance. *Plos One*, 11(6), 1-23. doi:10.1371/journal.pone.0157469
- Falcão, D. V. S., Nunes, E. C. R. C. & Bucher-Maluschke, J.S.N.F. (2020). COVID-19: Repercussões nas relações conjugais, familiares e sociais de casais idosos em distanciamento social. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23 (28), 531-556. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p531-556>
- Ferreira, L. M. C. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20905>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Dissertação de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusociência Editora.
- Figueiredo, M. H. J. S., Martins, M. M. F. P. S. M., Silva, L. W. S. & Oliveira, P. C. M. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14iEspecial9p11-22>
- Fingerman, K. L., VanderDrift, L. E., Dotterer, A. M., Birditt, K.S. & Zarit, S. H. (2010). Support to aging parents and grown children in black and white families. *The Gerontologist*, 51 (4), 441-452. doi:10.1093/geront/gnq114
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Gil L. K., Montoya V. L., Ocampo M. L. N., Orozco, O. L. M. & Pineda G. P. A. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referência, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 146-163. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/802/1322>

- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Guedes, M. S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9200>
- Guerra, F. F., Teixeira, K. M. D., & Fontes, M. B. (2017). Famílias multigeracionais corresidentes: Caracterização da geração sanduíche e da geração pseudo-sanduíche. *Sociedade em Debate*, 23(1), 334-353. Recuperado de https://web.archive.org/web/20180415160502id_/http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/1393/1016
- Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [Web log post] Recuperado <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata Editora.
- International Family Nursing Association (IFNA) (2015). *IFNA position paper on generalist competencies for family nursing practice*. Recuperado de <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- International Family Nursing Association (IFNA) (2017). *IFNA position paper on generalist competencies for family nursing practice*. Recuperado de https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/05/Final-IFNA-Position-Statement-on-Advanced-PracticeCompetencies-for-Family-Nursing_BOD-APPROVED-5_1_17.pdf
- International Family Nursing Association (IFNA) (2020). *IFNA Position statement on planetary health and family health*. Recuperado de <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2020/04/PHFH-Complete-PDF-copy-in-color-with-photos-English-language.pdf>
- Jesus, J. C. (2015). *Geração sanduíche no brasil* (Dissertação de mestrado). doi:10.31406/relap2016.v10i1.n18.2

- Jesus, J. C., & Wajnman, S. (2016). Geração sanduíche no brasil: realidade ou mito? *Revista Latino Americana Población*, 10(18), 43–61. <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i1.n18.2>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República N.º 181/2015 – I Série*. Assembleia da República, Lisboa: Portugal.
- Lei n.º 24-D/2022 de 30 de dezembro. *Diário da República n.º 251/2022 – I Série*. Ministério das Finanças. Lisboa, Portugal.
- Liu, J. & Chen, F. (2021). Intergenerational caregiving patterns, living arrangements, and life satisfaction of adults in mid and later life in china. *Research on Aging*, 44(7-8), 545-559. doi: 10.1177/01640275211058433
- Loureiro, H. M. A. M. (2011). *Cuidar na "entrada na reforma": uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/4159>
- Martins, C. S. G., Corte, A. E. M. & Marques, E. B. G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *Revista INFAD de Psicologia* "International Journal of Developmental and Educational Psychology", 1(2), 177-184. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719016.pdf>
- Medeiros, T. J., Barbosa, G. C., Alves, L. C. S., & Gratão, A. C. M. (2022). Equilíbrio trabalho-família entre cuidadores de idosos: uma revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, 1-19. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR241831541>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practise*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress (5ª edição)*. Pennsylvania, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Mingote, C. M. V. C., Corte, A. E. M., Marques, E. M. B. G. & Mendes R. M. G. (2020). Estratégias de coping de cuidadores informais de idosos dependentes. *Egitania E Ciencia*, 27, 91-107. doi: 10.46691/.v0i0.377

- Ministério da Saúde (2022). P01.01.L01. In MIM@UF: – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [Base de dados].
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: ARTMED.
- Mónico, L. S. M., Custódio, J. R. A., Frazão, A. A., Parreira, P., Correia, S., & Fonseca, C. (2017). A família no cuidado aos seus idosos: gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 982–998. [http://dex.doi.or/10.24902/r.riase.2017.3\(2\).982](http://dex.doi.or/10.24902/r.riase.2017.3(2).982)
- Moniz, E. M. L. (2019). *Depressão, ansiedade e stress em cuidadores pertencentes e não pertencentes à geração sandwich* (GS) (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.6/10110>
- Moniz, E., & Afonso R. M. (2021). Depressão, ansiedade e stress em cuidadores pertencentes e não pertencentes à geração sandwich. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 1079-1090. Recuperado de <https://doi.org/10.15309/21psd220325>
- Mussumeci, A. A. & Ponciano, E. L. T. (2019). Ciclo de vida conjugal: Momentos de estresse previsíveis e imprevisíveis ao longo do casamento. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1171-1193. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n3p1171-1193>
- Nadine, H., Matthias, B. & Oliver, H. (2017). Informal caregiving, work-privacy conflict and burnout among health professionals in switzerland – a cross-sectional study. *Swiss Medical Weekly*, 146(4546), 1-8. doi: 10.4414/smw.2017.14552
- Narciso, I. & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler.
- Oliveira Campos, S., Scorsolini-Comin, F. & Santos M. A. (2017). Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração. *Psicologia Clínica*, 29 (1), 69-89. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n1/a06.pdf>
- Oliveira, M. R. S. (2011). *Geração sanduíche: Análise da solidariedade para com os seus pais idosos e filhos na fase da adultez emergente* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114599/2/280243.pdf>
- Oliveira, S., Araújo, L. & Ribeiro, O. (2020). Gravidez tardia no último filho e o seu impacto em trajetórias desenvolvimentais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72 (2), 75-87. doi: 10.36482/1809-5267.ARB2020v72i1p.75-87

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *A opinião do presidente da secção regional do norte da ordem dos enfermeiros*. Portugal: Jorge Cadete. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/PublishingImages/Entrevista.jpg>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf
- Pereira, M. S. M. (2018). *Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/28267>
- Pires, A. S. R. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10451/820>
- PORDATA. (2022). Municípios. População: índice de envelhecimento. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>
- PORDATA. (2023a). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- PORDATA. (2023b). Esperança média de vida à nascença: total e por sexo. Disponível em: [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418-5193](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418-5193)
- PORDATA. (2023c). Municípios. Índice de envelhecimento. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>
- Porreca, W. (2019). Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 35(especial), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>

- Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro. *Diário da República n.º 201/2007 - I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Rebelo, L. (Coord.). (2018). *A Família em medicina geral e familiar: conceitos e práticas*.
Coimbra, Portugal: Edições Almedina, SA.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*.
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*.
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – II Série*.
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019 - II Série*.
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 679/2016 de 27 de abril. *Jornal Oficial da União Europeia L 119*. Lisboa,
Portugal. Recuperado de
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis
- Reis, L., Mendes, A., Vilar, A., Marques, E. & Figueiredo, M. H. (2022). Família neves.
In Figueiredo, M. H (Coord.). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar- Estudos de caso*. (p. 91-114). Sintra, Portugal: Sabooks.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (4ª ed.). Porto,
Portugal: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2000). Ciclos vitais. Recuperado de
https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/21/26_texto.ht
- Ribeiro, M. T. M. L. S. R. (2005). Casais de meia-idade: Estudos com casais portugueses
numa perspectiva sistémica. *Revista Psicologia*, 19(1-2), 57-85.
<https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.398>
- Riley, L. D. & Bowen, C. “Pokey” (2005). The sandwich generation: Challenges and
coping strategies of multigenerational families. *The Family journal: counseling and
therapy for couples and families*, 13(1), 52-58. doi: 10.1177/1066480704270099
- Santos, W.P., Freitas, F. B. D., Sousa, V. A. G., Oliveira, A. M. D., Santos, J. M. M. P.
& Gouveia, B. L. A. (2019). Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos

- dependentes. *Revista Cuidarte*, 10(2), 1-11. Recuperado de <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>
- Sequeira, C. A. C. (2007). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de zari. *Revista Referência*, 2(12), 9-16. Recuperado por [file:///C:/Users/aaa/Downloads/1Revista_Refer%C3%A0ncia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aaa/Downloads/1Revista_Refer%C3%A0ncia%20(1).pdf)
- Serviço Nacional de Saúde (2022). MIM@UF. Recuperado de: <https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/>
- Serviço Nacional de Saúde (2022a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061291/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2022b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061191/Pages/default.aspx>
- Silva, L. A., Scorsolini-Comin F. & Santos M. A. (2017). Casamentos de longa duração: recursos pessoais como estratégias de manutenção do laço conjugal. *Psico-USF*, 22(2), 323-335. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220211>
- Silva, M. A. N. C. G. M. M (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84294/2/113541.pdf>
- Silva, M. M., Figueiredo, C. I., Costa M. S. & Camarneiro (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em “ninho vazio”: Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Millenium*, 2(18), 21-31. <https://doi.org/10.29352/mill0218.26803>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Silva, R. A. C. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/24760>

- Silva, S. I. C. (2022). *Filhas cuidadoras de pais idosos em situação de dependência: Motivos e desafios* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.5/23756>
- Simões, J. A. & Rosendo, I. (2011). Estudar a família de um paciente em medicina geral e familiar. Quando, como fazê-lo e porquê? In Rebelo, S. (Ed.), *A família em medicina geral e familiar: Conceitos e práticas* (76-85). Lisboa, Portugal: Verlag Dashöfer.
- Sinha, M. (2012). Portrait of caregivers, 2012. *Statistics Canada*, 89-652 (001). Recuperado de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-652-x/89-652-x2013001-eng.pdf?st=uVBl2mUU>
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. D., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63. <https://doi.org/10.18764/>
- Steiner, A. M. & Fletcher P. C. (2017). Sandwich generation caregiving: A complex and dynamic role. *Journal of Adult Development*, 24 (2), 133–143. doi: 10.1007/s10804-016-9252-7
- Suh, j. (2016). Measuring the “sandwich”: Care for children and adults in the american time use survey 2003–2012. *Journal of Family and Economic Issues*, 37(2), 197–211. doi: 10.1007/s10834-016-9483-6
- Targino, B. E. V. N. B. (2019). *Geração Sandwich: um estudo qualitativo para a compreensão da experiência afetiva e seus desafios* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10400.6/10115>
- Torres, A. M. M. (2018). *O efeitos das canções de embalar na mãe e na sua relação com o bebé: estudo exploratório* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10316/85389>
- Vale, E. M. F. (2023). *Vivências de famílias com idosos dependentes: funcionalidade familiar e significados de enfermeiro de família* (Relatório final de estágio). Recuperado de [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)

- Vlachantoni, A., Evandrou, M., Falkingham, J. & Gomez-Leon, M. (2019). Caught in the middle in mid-life: provision of care across multiple generations. *Ageing & Society*, 40(7), 1–21. doi:10.1017/S0144686X19000047
- White-Means, S. I. & Rubin, R. M. (2009). Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues*, 30, 252–267. doi: 10.1007/s10834-009-9155-x
- Wright, L. & Leahey, M., (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.
- Young, S. M. (2017). *Investigation of sandwich generation caregiver perceptions and factors of caregiving strain* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://thekeep.eiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=3713&context=theses>

ANEXOS

ANEXO I - Populações inscritas nas USF's A e B - caracterização demográfica



Figura 1 - População inscrita na USF A e a sua caracterização demográfica.

Fonte: BI-CSP, acedido em junho 2022.



Figura 2 - População inscrita na USF B e a sua caracterização demográfica.

Fonte: BI-CSP, acedido em dezembro 2022.

ANEXO II- Populações inscritas nos ficheiros das equipas de saúde familiares das USF's A e B: caracterização demográfica

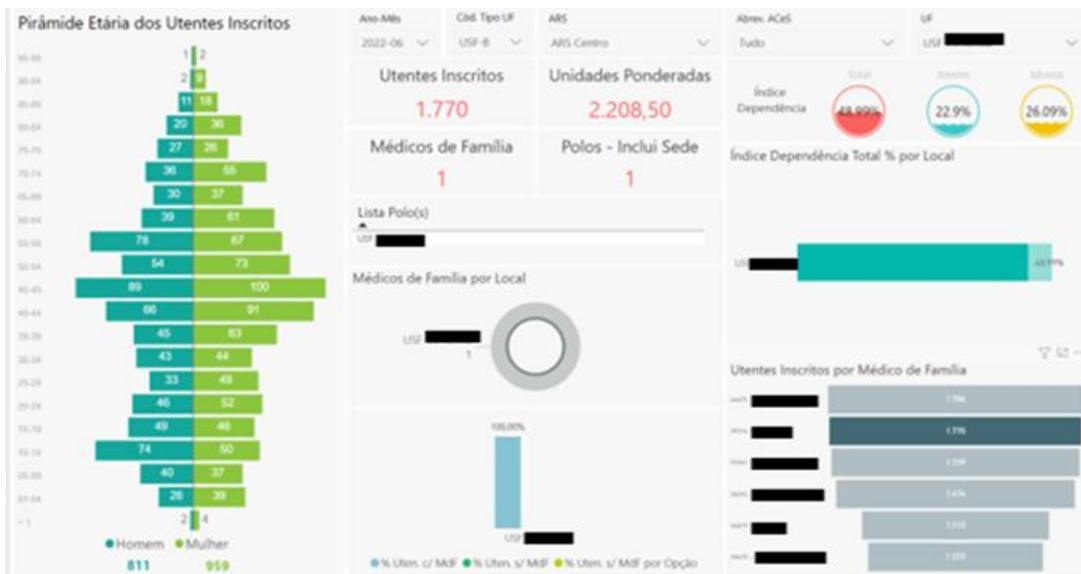


Figura 3 - População inscrita no ficheiro de utentes da EOC da USF A e a sua caraterização demográfica.

Fonte: MIM@UF, acedido em junho de 2022 (P01.G01. Inscritos).

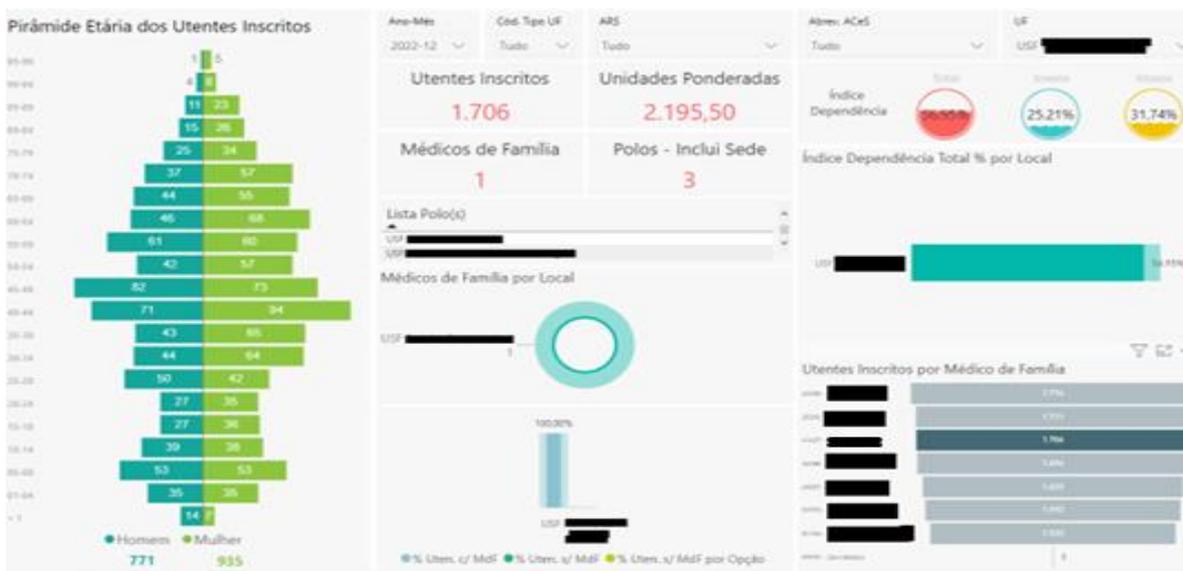


Figura 4 - População inscrita no ficheiro de utentes da EOC da USF B e a sua caraterização demográfica.

Fonte: MIM@UF, acedido em dezembro de 2022 (P01.G01. Inscritos).

ANEXO III - Certificados de apresentação do Projeto de Melhoria Contínua: “Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário”



CERTIFICADO

Certifica-se que Eunice Raquel Gonçalves Pedro inscrita na ordem dos Enfermeiros com CP n.º 62592, participação na formação **“Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário”** como formadora, num total de 3 horas, que se realizou no centro de Saúde de Santa Clara - USF Coimbra Sul/Rainha Santa no dia 18 de novembro de 2022.

O seu contributo enquadrou-se no Plano de Desenvolvimento de Competências e de Formação de 2022 da USF Coimbra Sul

Coimbra, 18 de novembro

 O concelho técnico

 A Coordenadora da USF Coimbra Sul



SNS 24
808 24 24 24



REPÚBLICA PORTUGUESA SAUDES



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAUDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAUDE DO CENTRO, I.P.



CERTIFICADO

Certifica-se que Eunice Raquel Gonçalves Pedro, com o N.º de Identificação Civil nº11328559, foi formadora a 18/11/2022, num total de 3 horas com o tema "Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário.", no âmbito do Plano Anual Integrado de Formação Contínua, que decorreu na USE [REDACTED]

Coimbra, 18 de novembro, de 2022

O Conselho Técnico

[Signature]

O Coordenador,

[Signature]

M.ª Maria Sampaio

Rui Barbosa

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que Eunice Pedro, natural de Leiria, nascida em 13/03/78, de nacionalidade Portuguesa, com o n.º de Identificação Civil válido até / / , a exercer funções na Unidade Funcional Unidade Funcional (Unidade) foi formadora na formação “**Melhores Práticas nas famílias em transição para a Parentalidade no contexto domiciliário**” no dia 10 de fevereiro de 2023, num total de 30 minutos.

Ana Paula Torrinha

(Enfermeira CT da USF Manuel Cunha)

Ana Paula Torrinha

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

CERTIFICADO

Eunice Raquel Gonçalves Pedro apresentou o tema: "MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO

CONTEXTO

DOMICILIÁRIO", no dia 28 de novembro de 2022.

Paula Cristina Gonçalves Rodrigues

AQ Conselho Técnico
ACESMI

CRUZ DE CELAS

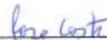
CERTIFICADO

Certifica-se que Eunice Raquel Gonçalves Pedro, Enfermeira, com o número de Identificação Civil 11328559, foi formadora a 25/01/2023 num total de 3 horas com o tema "**Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário**", no âmbito do Plano Anual Integrado de Formação Contínua, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar Pulsar.

A Coordenadora e o Conselho Técnico da referida unidade de saúde declaram, para efeitos curriculares, que as informações presentes neste documento são verdadeiras pelo que o mesmo é datado e assinado.

Coimbra, 25 de janeiro de 2023

A Coordenadora

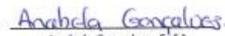


Rosa Costa, Dr.ª

O Conselho Técnico



Rita Santos, Dr.ª

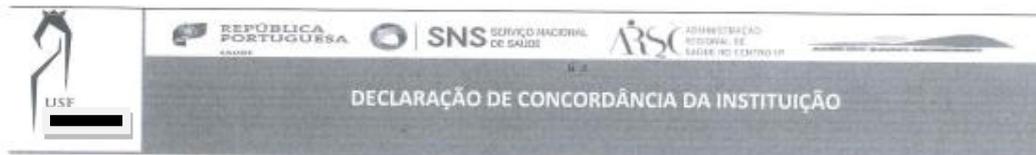


Anabela Gonçalves, Enf.ª



Teresa Moura, AT

ANEXO IV- Autorização do coordenador da USF B



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

O estudo de investigação "A conjugalidade de casais da Geração Sanduíche: Análise baseada no Modelo de Dinâmica e Intervenção Familiar", a realizar pela Eunice Raquel Gonçalves Pedro estudante, no âmbito do projeto de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área da Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), pretende perceber "Quais as implicações da combinação dos papéis intergeracionais, vivenciadas na conjugalidade da Geração Sanduíche?" tendo como objetivo: estudar a vivência dos casais da Geração Sanduíche, acerca das implicações da combinação dos papéis intergeracionais como pais, e como filhos, na sua conjugalidade e quais os recursos mobilizados.

Com este projeto, pretende-se delinear projetos de melhoria da qualidade e planos de cuidados inovadores na Enfermagem de Família, marcando a diferença no estado de saúde dos cidadãos e das suas famílias.

Face ao exposto, e por considerar este projeto de elevado carácter científico e relevante para a melhor compreensão das alterações a nível da funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade, autorizo a sua implementação na USF de [REDACTED]

Coimbra, 10/10/2022

Assinatura do Coordenador da USF [REDACTED]

ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEN/C)

Parecer Nº P930/ 11-2022

Título do Projecto: A conjugalidade de casais em "Geração Sanduíche": Análise baseada no Modelo de Dinâmica e Intervenção Familiar

Identificação das Proponentes

Nome(s): Eunice Raquel Gonçalves Pedro

Filiação Institucional: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Aliete Cunha Oliveira, Beatriz Xavier

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

O projeto apresentado integra um projeto estruturante "Investigação e Ação em Saúde Familiar" que se realizará na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]. De acordo com os vários papéis e responsabilidades na meia-idade que atualmente os casais assumem este projeto procura estudar quais as implicações que a vivência da função de pivô de casais em "Geração Sanduíche" terá na sua satisfação conjugal. Para além disso, e tendo em conta a pertinência dos cuidados de enfermagem antecpatórios, este estudo tem como objetivo estudar a vivência de casais em "Geração Sanduíche", acerca das implicações da combinação dos papéis intergeracionais como pais, e como filhos na sua conjugalidade, e quais os recursos mobilizados.

O projeto, definido como um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa até fevereiro de 2023. A população abordada no estudo será composta pelos casais de meia idade em "Geração Sanduíche" inscritos na [REDACTED] ACES Baixo Mondego. A amostra do estudo será intencional, considerando para tamanho da amostra a saturação dos dados. Os critérios de inclusão e exclusão são apresentados, assim como a garantia de confidencialidade, voluntariedade e autonomia dos participantes. Serão utilizados diferentes instrumentos de recolha de dados de acordo com o apresentado pelos proponentes.

Considerando que a população alvo são utentes da [REDACTED] Centro de Saúde de Santa Clara, local onde desenvolverá a investigação, deverá ser solicitado parecer à CE da ARS Centro. Esta questão falta esclarecer tendo nós conhecimento que o mesmo se encontra a tentar ser desbloqueado centralmente. Depois deste último aspeto clarificado o parecer é favorável.

O relator: Assinado por: Ana Margarida Coelho Abrantes
Num. de identificação: 12389057
Data: 2022.12.28 15:51:00+0000

Data: 22/12/2022

O Presidente da Comissão de Ética: *Hélia Flomena Bokkko*



ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética ARS Centro e autorização para acesso a dados dos processos familiares dos utentes



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Entidade: Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Formulário 1

À atenção da Senhora Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

1. Identificação do responsável pelo pedido de dados

Nome / Denominação: [REDACTED]

Categoria Profissional: Enfermeira Especialista Saúde Comunitária Coordenação
 Sim Não

Unidade de Saúde: USF [REDACTED]

Email Institucional (quando aplicável): EPMesquita@arscentro.min-saude.pt

Contacto Telefónico: 9 1 7 8 1 8 5 1 1 Doc. Identificação: 0 6 5 8 6 8 8 7

2. Descrição dos dados solicitados

Para efeito de construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a famílias em "geração sanduíche", isto é, casais que apolam simultaneamente ascendentes e descendentes, solicita-se o acesso aos utentes com os seguintes programas de saúde associados: Programa de Saúde do Adulto/Saúde da Pessoa Idosa (famílias inscritas na USF [REDACTED]) bem como o acesso ao processo familiar, através do sistema de informação SClinico, para que seja possível identificar e convencer os casais a participar no estudo, que se anexa.

Para análise, encontra-se também em anexo os pareceres positivos das Comissões de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), e da Administração Regional de Saúde do Centro. Garante-se que os dados serão sempre anonimizados, em qualquer fase do estudo.

3. Finalidade do tratamento de dados

O bem-estar de casais de meia-idade pode ser afetado pela combinação das exigências dos papéis intergeracionais, enquanto pais e filhos (Ward & Spitze, 1998 como referido por Alexandre, 2011), prevendo-se possíveis implicações na sua satisfação conjugal, decorrentes dessa combinação de papéis. Assim, pretende-se realizar um estudo qualitativo, com o objetivo de estudar a vivência de casais em geração sanduíche, quais as implicações da combinação dos papéis intergeracionais na sua conjugalidade e quais os recursos mobilizados, entrevistando esses mesmos casais. Os resultados obtidos, permitirão construir o projeto supracitado no ponto anterior, a implementar na USF [REDACTED] onde a mestranda (enfermeira) desenvolve o seu estágio, da qual eu sou futura coordenadora.

4. Responsável pelo tratamento de dados

Nome / Denominação: Eunice Raquel Gonçalves Pedro

Categoria Profissional: Enfermeira em estágio curricular Coordenação
 Sim Não

Unidade de Saúde: USF [REDACTED]

Email Institucional (quando aplicável): [REDACTED]

Contacto Telefónico: 9 1 5 3 1 0 1 2 3 Doc. Identificação: 1 1 3 2 8 5 5 8

5. Forma de envio dos dados

Email Institucional (quando aplicável)

6. Enquadramento do pedido (preencher as opções aplicáveis)

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- No exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Fora do exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Pedidos de comunicação de dados pessoais (incluindo sensíveis/especiais) apresentados por outros profissionais de saúde/ investigadores, enquanto participantes/promotores em estudos ou ensaios científicos/clínicos para efeitos curriculares ou outros
- Com identificação e consentimento prévio e informado dos titulares dos dados
- Prévia validação junto de órgãos e/ou comissões competentes no domínio ético-científico
- Declaração de validação do Orientador de Formação (Internato Médico)

7. Legitimidade para o tratamento dos dados

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- Cumprimento de obrigações legais
- Execução de obrigação contratual
- Para proteção de interesse vital do titular
- Execução de missão de interesse público
- Prosecação de interesse legítimo

8. Comunicação de dados a terceiros (quando aplicável)

9. Medidas para garantir a segurança das informações

(Descrição geral que permita avaliar de forma preliminar a adequação das medidas de segurança tomadas para garantir a segurança do tratamento)

- Cópias de backup (segurança) dos dados
- Sistemas de processamento de backup
- Password de acesso às informações
- Informação cifrada

10. Tempo de conservação dos dados pessoais

Durante a perduração do projeto e após este serão eliminados.

11. Formas e condições como o titular dos dados pode conhecer, corrigir, opor-se ou eliminar os dados que lhe respeitem (quando aplicável)

Não aplicável.

O Responsável pela apresentação do pedido

Local

Data

Assinatura



A preencher pelos Serviços

Informação de suporte à decisão

O pedido está de acordo com as determinações e circulares do Conselho Diretivo da ARS CENTRO,IP, em matéria de proteção *de dados pessoais*



Decisão Deferido Indeferido

Fundamentação

Autorizado
30.01.2023



Dr. Fernando Costa
Médico - Conselho Diretivo
ARS CENTRO, I.P.

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: Homologar o Parecer fazido em Conselho de Ética
ASSUNTO:	<p>19012023</p> <p>Título: "A conjugalidade de casais em "geração sanduíche": Análise baseada no modelo de dinâmica e intervenção familiar" (145/22)</p> <p>Autores: Eunice Raquel Pedro (IP), Aliete Cunha Oliveira e Beatriz Xavier (ESEnfC) e Eugénia Mesquita (CHUC)</p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,</p> <p>Dr. Mário Ruivo</p> <p>Houve resposta aceitável às questões colocadas (explicação no CONSENTIMENTO INFORMADO DO QUE É UMA GERAÇÃO-SANDUÍCHE E MELHOR DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA A USAR) e, por isso, o parecer é favorável.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Fernando Cravo Vogal,</p> <p>O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro</p> <p>Assinado por: CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO Num. de Identificação: BI030073278 Data: 2023.01.19 09:57:52+00'00'</p> <p> CARTÃO DE CIDADÃO •••••</p>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Crónica: “Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa”

A melhoria das condições de vida e de saúde em Portugal possibilitou o alargamento do ciclo de vida dos habitantes, tornando-o o terceiro país da Europa com maior percentagem de idosos (21,7% em 2018) (Moreira, 2020).

No entanto, no contexto europeu, o número de homens e mulheres portugueses com mais de 65 anos que vivem em condições de vida saudáveis e sem incapacidades é baixo, pelo que a tendência é que os portugueses vivam realmente mais anos, mas sem a correspondente qualidade de vida (Moreira, 2020).

A família, enquanto sistema aberto, interage com os restantes sistemas sociais e em simultâneo com os seus subsistemas. Deste modo ela pode proporcionar um ambiente saudável ao idoso ou, pelo contrário, reproduzir a violência característica da sociedade atual nas suas relações (Bertalanffy, como referido por Silva & Dias, 2016).

A violência interpessoal ou intrafamiliar ocorre entre os membros da família. As relações tensas associadas às problemáticas inerentes aos idosos geram um ambiente propício a interações violentas, seja entre casais de idosos, com os filhos ou mesmo com os cuidadores (Silva & Dias, 2016).

A Organização Mundial de Saúde entende por violência contra o idoso qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual, ou financeiro sofrido a partir dos 60 anos de idade (Sethi et al., como referido por Direção-Geral da saúde, 2016, p. 75).

Os maus tratos para com os idosos, podem ter a sua origem em várias fontes: por omissão de cuidados a prestar; por execução de comportamentos que consubstanciam atos de violência física ou psicológica; ou por atentado ao património de quem é vítima, sem falar das dificuldades em lidar com as características físicas, mentais e sociais próprias dos idosos.

A omissão de cuidados a prestar traduz-se por **negligência**, que por sua vez, se define pelo não cumprimento de cuidados efetivos por parte de quem é responsável por cuidar do idoso, privando-o de cuidados básicos de higiene, bem-estar e saúde. A negligência evidencia-se por sinais e sintomas como: perda de peso, desnutrição e desidratação; problemas físicos não tratados, tais como úlceras de pressão em doentes acamados; más condições higiénico-sanitárias: falta de limpeza ou presença de insetos na cama ou quarto; roupas e lençóis sujos; falta de higiene pessoal; falta de óculos, próteses dentárias e/ou

auditivas; utilização de roupas inadequadas para a estação do ano; abandono do idoso em locais públicos; condições habitacionais de risco; e inexistência de mecanismos de regulação da temperatura da habitação, instalação elétrica deficitária ou perigo de incêndio.

Relativamente a **comportamentos que sustentam atos de violência física ou psicológica**, ou **atentado contra o património** de quem é vítima, são equacionadas várias formas:

- **OS MAUS TRATOS FÍSICOS**, que se referem ao uso não acidental da força para conter a pessoa idosa, resultando em dor física, lesão ou incapacidade na mesma. Engloba, a agressão corporal e a administração inadequada de drogas, o uso de restrições ou supressão da mobilidade. Também como sinais e sintomas de maus tratos físicos consideram-se: marcas ou lesões cutâneas inexplicadas, tais como feridas e hematomas, especialmente as localizadas de forma simétrica no corpo; lesões músculo-esqueléticas, fraturas, luxações ou entorses; relatos de sobre ou de sub-medicação; sinais de restrição da mobilidade, tais como marcas de corda nos punhos; óculos com armações partidas; evidência radiográfica de fraturas antigas (desalinhas); recusa por parte do cuidador em consentir permanência da pessoa a sós com o profissional;
- **OS MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS**, referem-se a comportamentos dos cuidadores ao abordarem a pessoa idosa de uma forma intempestiva, originando tensão ou sofrimento emocional na mesma. Os sinais e sintomas, que podem levar à suspeita de que a pessoa idosa está a ser alvo de maus tratos psicológicos, tanto de carácter verbal como não-verbal são: **maus tratos verbais**: intimidação através de gritos e ameaças; humilhação, ridicularização, infantilização; culpabilização; manipulação de informações; imposição de decisões e regras de conduta. Os **maus tratos não-verbais** traduzem-se por: comportamento de ignorância face à pessoa; ostracização e isolamento da pessoa relativamente à família, amigos ou à atividade; ou ameaça. Pode haver igualmente: comportamento ameaçador, depreciativo ou controlador por parte do cuidador; ou comportamentos semelhantes à demência por parte da pessoa idosa como por exemplo: balanceio corporal, sucção ou balbuciar e murmúrio;
- **O ABUSO SEXUAL** da pessoa idosa, é considerado como qualquer forma de contacto de conotação sexual sem o consentimento da mesma. Engloba atos

sexuais e outras atividades, como a exibição de material pornográfico, ou forçar a vítima a assistir a atos sexuais ou a desnudar-se. Poderão ser sintomas e sinais de abuso sexual: hematomas no tórax ou órgãos genitais; infecções de transmissão sexual; sangramento anal ou vaginal inexplicado; e roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada;

- **A EXPLORAÇÃO FINANCEIRA**, assume-se como mau trato relativamente ao património do idoso. Pode envolver atos de autoria de familiares, de cuidadores, de pessoas próximas da vítima ou de estranhos. Diz respeito à utilização não autorizada, ou sob coação, de fundos ou propriedades da vítima. Assim o cuidador apodera-se ou gere, e negocia os bens, dinheiro ou pensões da vítima, fazendo uso de cheques, cartões de crédito e contas bancárias, usurpando dinheiro, rendimentos e objetos de casa, falsificando a assinatura ou a identidade da vítima. Inclui ainda irregularidades como o anúncio de prémios inexistentes, a troca de dinheiro, doações para obras de caridade, fraude em investimentos, etc. São sinais de exploração financeira de uma pessoa idosa: levantamentos de montantes avultados da conta bancária da vítima; súbitas alterações da sua situação financeira; desaparecimento de objetos e dinheiro de casa da mesma; mudanças suspeitas em testamentos, procurações, títulos e apólices; adicionar nomes às assinaturas de contas e cartões de crédito; existência de dívidas, mesmo que a vítima disponha de dinheiro suficiente para pagar; atividade financeira que a vítima não teria forma de efetuar, assim como levantamentos com cartão em máquinas automáticas quando o titular da conta se encontra acamado; e aquisição de serviços desnecessários (ou despropositados), de bens ou subscrições.

Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde. (2016). Violência interpessoal - Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa, Portugal. Direção-Geral de Saúde Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Moreira, M. (2020). Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde e idadismo. Recuperado de: <https://www.ffms.pt/documentos/7738/como-envelhecem-os-portugueses-pdf-pdf>

Silva, C. & Dias, C. (2016). Violência contra idosos na família: Motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652.

APÊNDICE II - Post para o Facebook da USF A – “O Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar - Dia Internacional da Família”

O Dia Internacional da Família é celebrado a 15 de maio, para lembrar a importância da família, ao mesmo tempo que serve como momento para formulação de políticas que possam beneficiar famílias.

O conceito de família tem sofrido alterações ao longo das últimas décadas, pela influência de novos padrões sociais. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera que a família é a unidade básica da sociedade. Neste sentido, esta celebração anual permite-nos reconhecer, identificar e analisar questões sociais, económicas e demográficas que moldam o desenvolvimento da família.

A 25 de setembro de 2015, os 193 Estados Membros da ONU desenvolveram um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com o intuito de, entre outros, erradicar a pobreza, a discriminação, as mortes preveníveis e combater as alterações do meio ambiente, propiciando uma era de desenvolvimento para todos os seres humanos. As famílias e as políticas associadas são a chave para a consecução de muitos destes objetivos.

O lema do Dia Internacional da Família deste ano é “Urbanização e Famílias”, pretendendo consciencializar para a importância das políticas urbanas direcionadas para as famílias, orientando nesse sentido o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar através da sua prática especializada na capacitação das famílias ao seu cuidado, para a mobilização dos seus recursos internos e externos para alcançar e manter o seu bem-estar e saúde global.

A urbanização molda o nosso mundo, a vida, e a qualidade de vida das famílias. Uma urbanização bem concebida e executada conduz à consecução de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente: objetivo 1 - erradicar a pobreza; objetivo 3 - saúde de qualidade; objetivo 10 - reduzir as desigualdades e objetivo 11 – tornar cidades e comunidades sustentáveis.

O alcance dos objetivos mencionados depende da qualidade da urbanização e do modo como esta beneficia as famílias, contribuindo para o bem-estar de todas as gerações.

Sugerimos algumas atividades enunciadas pela ONU, podendo as mesmas ser realizadas em família.

O cidadão poderá aceder ao site da ONU (<https://go-goals.org/pt-pt/>), onde encontra o jogo “Viva os Objetivos”. O mesmo tem como missão auxiliar os mais jovens a perceber os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o seu impacto na vida das pessoas, e o que é possível fazer-se no dia a dia para se atingir os objetivos da ONU até 2030.

Encoraja as crianças a fazerem amizade com crianças de outras culturas. 1	Uma vez por mês, toma um café com uma pessoa de outra etnia, cultura, idade ou crença. 2	Leva os teus filhos a parques e outras áreas comuns, procura oportunidades para conversar com pessoas diferentes. Aprende mais sobre elas para as entender melhor. 4
Aprende a respeitar todos os tipos de pessoas. 3		
	Viaja pelo mundo para aprender mais sobre culturas diferentes. 5	10 REDUZIR AS DESIGNAÇÕES
Apadrinha uma criança para que possa frequentar a escola. 6	Lê histórias que descrevem outras culturas a crianças. 7	Defende o aumento do salário mínimo de pessoas com baixos rendimentos. 8
Constrói escolas, casas e escritórios adaptados para pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais. 9		Ajuda a acabar com estereótipos. Escreve e publica textos que sensibilizem as pessoas a mudar de mentalidade. 10

USF | U | UN | UNICEF

Promove um sistema de “baleias solidárias” online, no escritório ou em áreas que não tenham acesso a transportes públicos confiáveis. 1	Defende e apoia o desenvolvimento de desportos e de espaços recreativos, pois podem ajudar a construir comunidades mais fortes, mais saudáveis, mais felizes e mais seguras. 3	Promove a consciencialização sobre a pegada de carbono da tua cidade e como a melhorar. 2
11 CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS		
Alcança áreas menos privilegiadas. Integra pessoas de classes e etnias diferentes em processos de tomada de decisão, que abrangem as suas condições de vida, poluição, entre outros. 6	Usa transportes públicos, bicicletas urbanas e outros meios de transporte verdes. 4	Pesquisa e promove a necessidade de uma maior clareza de informação dentro da tua comunidade. 5
Informa-te sobre o património cultural e natural da tua área. 8	Junta-te a pequenos grupos da comunidade para pensar sobre meios de garantir espaços públicos seguros e acessíveis, especialmente para mulheres, crianças, pessoas idosas e pessoas com necessidades especiais. 9	Oferece tarifas de transporte público reduzidas em cidades que enfrentem desafios com congestionamentos. 7
		Enquanto empresa, oferece tarifas baixas no aluguer de bicicletas urbanas. 10

USF | U | UN | UNICEF

Não fumes. 1	Sê mais ativo. Aproveita para andar durante a hora do almoço ou vai de bicicleta para o trabalho. 2	As doenças cardíacas continuam a ser a principal causa de morte. Educa-te sobre a sua prevenção, causas e sintomas – assim como outras doenças não-transmissíveis. 5
Opta por uma dieta saudável e bebe muita água. 3	Ajuda a aumentar a consciencialização e apoia a promoção da saúde mental (ansiedade, depressão, abuso de substâncias, Alzheimer, entre outros). 4	
Nunca pares de aprender. Estar ativo e fazer atividades educativas ajudam as pessoas mais velhas a ultrapassar problemas de saúde mental. Aprende um novo idioma, lê e participa num clube literário. 7	O VIH/SIDA ainda é uma realidade. Protege-te e testa-te com frequência. 6	Amamentar é natural e é a melhor fonte nutricional para os bebés. Além de os proteger, possui benefícios a longo prazo. 8
	3 SAÚDE DE QUALIDADE	
Dorme bem. 9	Passa tempo de qualidade sozinho, com a família e com os teus amigos. 10	

USF | U | UN | UNICEF

Envolve a tua turma em passeios para ajudar as áreas mais necessitadas da tua cidade. 1		Quando fores a uma festa de aniversário, pergunta se podes doar o valor do presente a alguma instituição de beneficência. 2
Apoia o comércio sustentável ao comprar produtos provenientes do comércio justo, pois remuneram melhor os trabalhadores e/ou produtores. 3	Organiza uma formação gratuita para ensinar uma competência valorizada pelo mercado de trabalho (informática, elaboração do currículo, preparação para entrevistas de emprego, etc). 4	1 ERRADICAR A POBREZA
Dá preferência à aquisição de produtos de empresas que revertam parte do seu lucro para instituições de beneficência. 5	Apadrinha uma criança para a ajudar no acesso à alimentação, educação e saúde. 6	
Limpa a tua despensa e doa produtos não perecíveis a bancos alimentares. 7	Promove debates para discutir temas sobre pobreza. Cria um blog, fórum ou artigo para um jornal local. 8	
	Faz voluntariado em organizações que ajudem pessoas sem-abrigo. O teu tempo pode ser mais valioso que dinheiro. 9	Sempre que possível, ajuda pessoas sem-abrigo. Oferece fruta, garrafas de água, dinheiro ou até um sorriso. 10

USF | U | UN | UNICEF

Fonte: Organização das Nações Unidas (2018). Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Recuperado de: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf

Referências Bibliográficas:

Organização das Nações Unidas (2018). Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Recuperado de: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf

Organização das Nações Unidas (2022). Internacional day of families 15 may. Recuperado de: <https://www.un.org/en/observances/international-day-of-families>

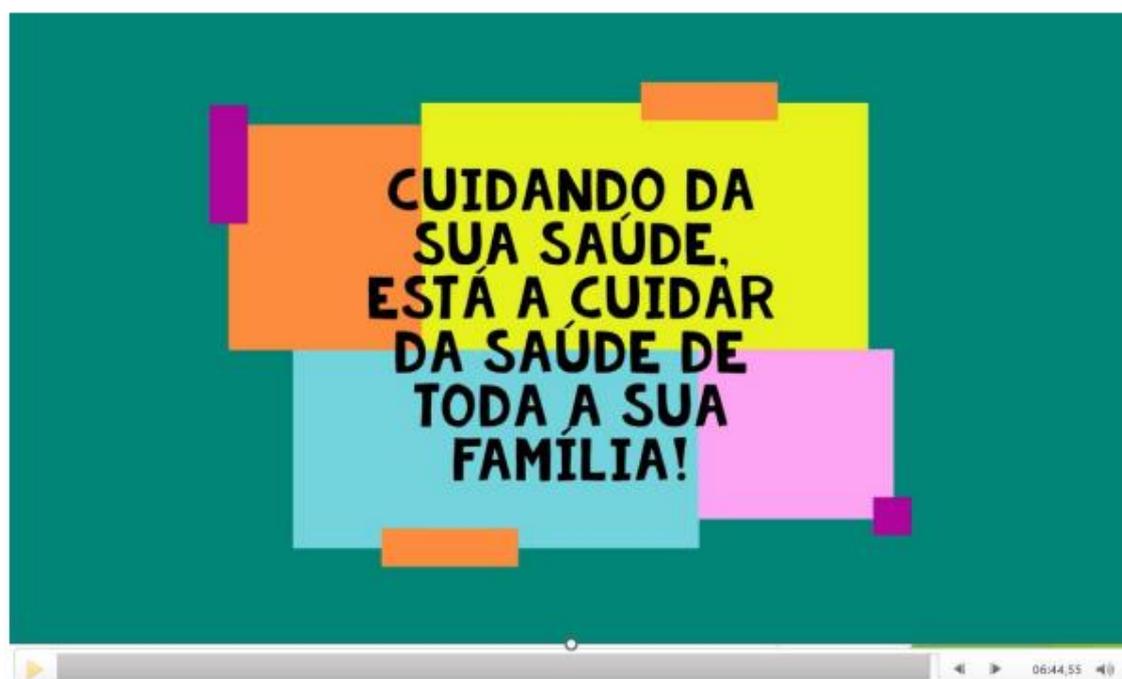
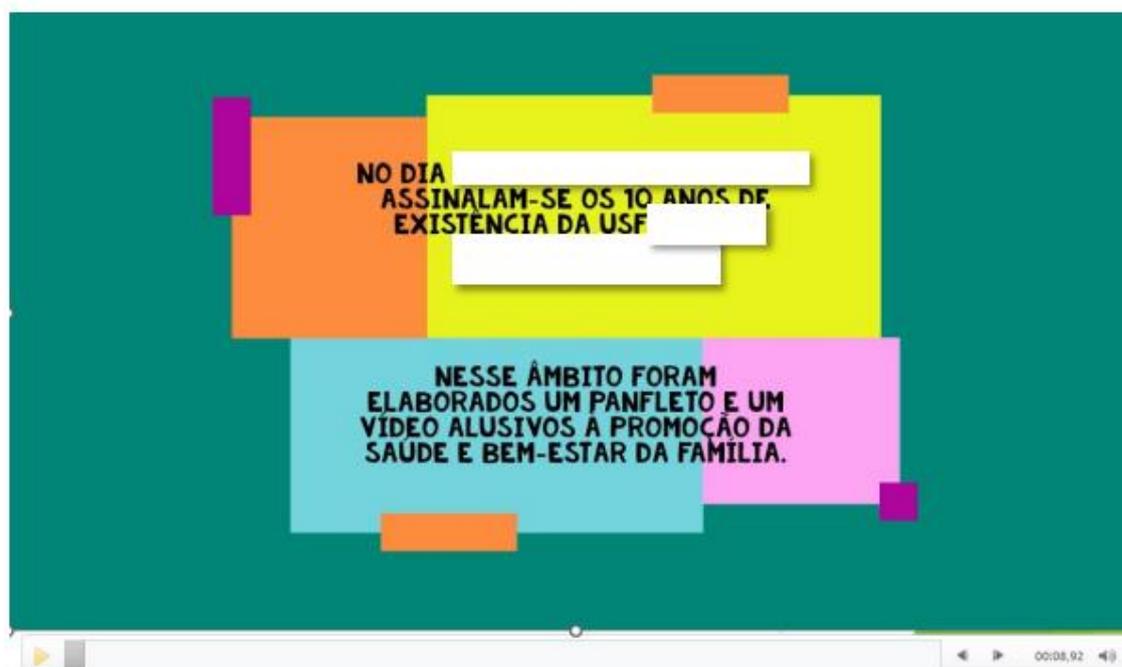
Organização das Nações Unidas (s.d). 170 ações diárias para transformar o nosso mundo. Recuperado de: <https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/04/170Actions-WEB-PT-EU.pdf>

APÊNDICE III - Formação no âmbito do Projeto de Melhoria Contínua: “Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário.”

Diapositivo exemplificativo da formação ministrada nas 5 USF’s pertencentes aos ACES Centro:



**APÊNDICE IV (cont.) - Vídeo no âmbito da Sessão formativa:
“Promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar.” (trecho inicial e final)**



APÊNDICE V - Instrumento de colheita de informação

Guião de Entrevista Individual

Código Alfanumérico: _____

Data da Entrevista: _____

Nesta entrevista, irei falar consigo sobre a sua relação conjugal nesta etapa da sua vida, abordando as possíveis implicações na mesma decorrentes do cuidado simultâneo ao(s) seu(s) descendente(s) e ascendente(s):

1. Caracterização sociodemográfica do participante no estudo:

- a) Sexo
- b) Idade
- c) Grau de instrução
- d) Empregado ou Desempregado (tempo parcial ou tempo inteiro)
- e) Qual o tipo de vínculo da vossa relação, e quando tempo tem a mesma?

2. Caracterização do(s) ascendente(s) e dos cuidados prestados pelo participante ao(s) mesmo(s):

- a) Qual(ais) a(s) idade(s) do(s) seu(s) ascendente(s)?
- b) Qual o grau de parentesco com o(s) seu(s) ascendente(s)?
- c) Coabita com o(s) seu(s) ascendente(s)? Se não, a que distância reside do(s) mesmo(s)?
- d) Que tipo de cuidado presta ao(s) seu(s) ascendente(s)? Tem apoio de instituições, família ou outros para seu auxílio?

3. Caracterização do(s) descendente(s) e dos cuidados prestado pelo participante ao mesmo(s):

- a) Qual(ais) a(s) idade(s) do(s) seu(s) descendente(s)?
- b) Qual o grau de parentesco com o(s) seu(s) descendente(s)?
- c) Que tipo de cuidados presta ao(s) seu(s) descendente (s)?

4. Centramo-nos agora na sua relação conjugal, e nas possíveis implicações na mesma decorrentes do cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s):

- a) Há partilha de tarefas e responsabilidades com o(a) seu(sua) cônjuge/companheiro(a), relativamente ao cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s)? A mesma já existia, ou surge com o início desse cuidado?
- b) O cuidado simultâneo que presta ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s) influência ou influenciou no vosso tempo de casal? Sente satisfação com o tempo que passam juntos? Se não, porquê?
- c) Sente satisfação na forma como expressa os seus sentimentos ao(à) seu(sua) cônjuge/companheiro(a)? O cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s) teve ou tem influência na forma como lhe expressa os seus sentimentos?
- d) O cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s) influência ou influenciou comunicação com (a) seu(sua) cônjuge/companheiro(a)? Se sim, de que forma?
- e) Conversa com o(a) seu(sua) cônjuge/companheiro(a) acerca das suas expectativas e receios, decorrentes do cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s)?
- f) Relativamente à possibilidade de existência de discordância de opinião com o(a) seu(sua) cônjuge/companheiro(a), decorrente do cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s), alcança o acordo facilmente? Se sim, como?
- g) Considera que o cuidado simultâneo ao(s) seu(s) ascendente(s) e descendente(s), tem ou teve implicações na vossa intimidade? Houve alterações? Se sim, de que forma?

5. Como perceciona a intervenção da sua Enfermeira de Família neste contexto do CSAD?

Apêndice VI - Declaração de consentimento informado, esclarecido e livre entregue aos participantes

Exmo. Sr.(a) utente da Unidade Saúde Familiar [REDACTED] por favor leia com atenção o conteúdo deste documento, não hesitando em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

A tendência do envelhecimento demográfico, é uma realidade presente há várias décadas na Europa. Portugal não é exceção, evidenciando-se essa tendência com o crescente aumento da proporção de pessoas idosas, em consonância com o decréscimo do peso relativo de jovens, e de pessoas em idade ativa na população total. São criadas as condições para o desencadear do fenómeno “da cossobrevivência” de várias gerações, abordado na literatura desde a década de oitenta pelos demógrafos, que estudam e colocam em evidência esse cenário, o da tendência do aumento da proporção das gerações “imprensadas”. Referem-se à chamada “geração sanduíche”, onde a metáfora da sanduíche auxilia a descrição da compressão entre gerações. É definida como os adultos de meia-idade, comprimidos pelas solicitações simultâneas de um ou ambos os pais sobreviventes, e de filhos e/ou netos dependentes (Miller como referido por Jesus, 2015). As responsabilidades dessa geração enquanto cuidadores, são paralelas para com seus filhos, pais, cônjuges, profissão, e com os próprios. Em muitos dos casos, é-lhes exigido um suporte maior do que aquele que o cuidador realmente possui, podendo levá-lo a um processo de exaustão com implicações significativas em várias áreas na sua vida (Evans et al., 2016; Targino, 2019).

No âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a mestranda Eunice Raquel Gonçalves Pedro, encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema: A conjugalidade de casais em “geração sanduíche”: Análise baseada no Modelo de Dinâmica e Intervenção Familiar. O estudo desenvolver-se-á sob a orientação e coorientação científicas das Professoras Doutoras Aliete Cunha Oliveira e Beatriz Xavier, docentes na escola supracitada. A Enfermeira Orientadora Cooperante será a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária [REDACTED], enfermeira na unidade de saúde supracitada.

O estudo tem como objetivo: estudar a percepção das implicações na *Satisfação Conjugal* de casais em “geração sanduíche”, decorrentes da combinação dos papéis intergeracionais, e quais as estratégias de *coping* mobilizados. A finalidade do estudo prende-se com a colaboração num projeto de melhoria continua na área da Enfermagem de Saúde Familiar, através da elaboração de um plano de intervenção na referida área, com os resultados obtidos no estudo. Assim, pretende-se proporcionar cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar, orientados para as necessidades de casais em “geração sanduíche” inscritos nos ficheiros de famílias da sede Unidade de saúde [REDACTED]

O estudo decorrerá entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023. Para a concretização do estudo, é necessário a participação de casais em “geração sanduíche”, solicitando-se a colaboração de cada membro de forma individual, pós a devida autorização para a colheita de dados. A sua colaboração será através de respostas a uma entrevista, com a aplicação de um guião de questões de suporte à mesma. Esta será gravada em áudio, com a sua posterior destruição após transcrição e análise das mesmas. Essa gravação e transcrição ficarão à guarda da mestrande e da Enfermeira Orientadora Cooperante/Enfermeira de Família do ficheiro de famílias a estudar. As entrevistas serão identificadas com um código alfanumérico, isto é, pelas letras M (Mulher) e H (Homem), seguidas de um número de 1 a 10, correspondendo a cada casal exclusivamente durante o processo de tratamento dos dados, vendo assegurada a proteção de dados. Asseguramos que neste estudo serão mantidos o anonimato, a confidencialidade e proteção dos dados, de acordo Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD, n.º 2016/679). A sua participação neste estudo é voluntária, com a possibilidade de a qualquer momento abandonar a investigação. Serão asseguradas as questões éticas relacionadas com a recolha de dados, que irá iniciar após parecer favorável da Comissão de Ética da escola supracitada, e do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade, estando ao dispor para esclarecer qualquer dúvida, ou informar da possível desistência. Poderá contactar a mestrande para o endereço de email eunicepedro13@hotmail.com, ou pelo n.º de telefone 915310123.

(A investigadora, Eunice Raquel Gonçalves Pedro)

.....

Declaração do participante no estudo:

- Declaro ter compreendido o objetivo, a finalidade, e as condições do estudo explicados pela mestrandia, e que me foi dada a oportunidade de elaborar questões sobre o estudo, tendo para as mesmas obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro que me foram assegurados o anonimato, e confidencialidade sobre os dados que disponibilizarei, e que a minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a pessoas não relacionadas diretamente com o estudo;

- Declaro que me foi salvaguardado que não haverá prejuízo dos meus direitos, pelo não consentimento ou desistência de participar em qualquer momento na decorrência do estudo.

Estando devidamente informado das condições do estudo, declaro que autorizo por minha livre vontade a colaboração no mesmo, pelo fornecimento de dados que serão utilizados só para esta investigação.

Coimbra, ___/___/2022

Assinatura do participante: _____

Este documento será feito em duplicado, e entregue uma cópia ao participante, e outra para a investigadora.

Apêndice VII - Proposta de protocolo de atuação com casais em “geração sanduíche”

Após identificar os casais em “geração sanduíche”, isto é, que se encontrem em processo de transição inerente ao Cuidado Simultâneo a Ascendentes e a Descendentes, seguir o seguinte protocolo de atuação abaixo indicado:

1º Momento (na consulta de enfermagem programada de Saúde Materna, Sexual e da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, de Saúde Infantil e Juvenil, de Saúde do Adulto e do Idoso, e em consulta de visita domiciliária):

- Realizar a colheita de dados mediante a aplicação do guião de entrevista (baseada na matriz operativa do MDAIF – dirigida à dimensão do desenvolvimento na dimensão operativa da *Satisfação Conjugal*) aos dois elementos do casal (na presença de um só elemento agendar novo contato com ambos os elementos);
- Convocar para entrevista de Saúde Familiar com ambos os elementos do casal;
- Documentar no “processo familiar” do sistema de documentação e informação SClinico[®], a realização da entrevista, e os dados obtidos na entrevista de saúde familiar.

* Salvaguarda-se neste momento a necessidade da possibilidade de avaliação de outras áreas de atenção familiares na dimensão estrutural, de desenvolvimento, e de funcionamento da unidade familiar.

2.º Momento

- Avaliar os dados colhidos na entrevista supracitada no 1.º momento;
- Formular diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar (ESF);
- Documentar no “processo familiar” a atividade avaliativa e diagnóstica de enfermagem supracitada no sistema de informação SClinico[®].
- Agendar nova entrevista de Saúde Familiar com o casal para comunicar os resultados obtidos. Havendo comprometimento da área de atenção familiar *Satisfação Familiar*,

agendar nova consulta de reavaliação com o Enfermeiro de família, para seguimento para intervenção caso seja demonstrada vontade do casal;

- Referenciar para o Médico de Família, ou outros profissionais de saúde, caso seja demonstrada vontade do casal.

Seguintes momentos (em caso de acordo de intervenção colaborativa com o casal)

- Agendar consulta de enfermagem de saúde familiar com o casal para monitorização da intervenção realizada (reavaliar os momentos anteriores)

- Reavaliar os diagnósticos familiares e formular intervenções de ESF de acordo com os anteriores.

* A identificação de casais em risco de contexto “geração sanduíche”, deve envolver a intervenção colaborativa com os mesmos no âmbito da concretização de cuidados antecipatórios, promovendo a capacitação familiar ao serem previstas modificações que implicarão potenciais (re)adaptações da dinâmica familiar, facilitando a transições do CSAD de modo saudável.