



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**O impacto da coabitação na relação entre avós e
netos adolescentes: Intervenção do enfermeiro de
família**

The impact of cohabitation on the relationship between grandparents and
teenage grandchildren: a family nurse intervention

Flávia Sofia de Jesus Lopes

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**O impacto da coabitação na relação entre avós e
netos adolescentes: Intervenção do enfermeiro de
família**

The impact of cohabitation on the relationship between grandparents and
teenage grandchildren: a family nurse intervention

Flávia Sofia de Jesus Lopes

Orientadora: Professora Doutora Maria Emília Campos de Brito

Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Enquanto somos jovens, somos levados a ignorar a velhice, como se fosse uma enfermidade da qual nos devemos manter à distância; depois, quando envelhecemos, especialmente se somos pobres, doentes e sós, experimentamos as lacunas de uma sociedade programada sobre a eficácia que, conseqüentemente, ignora os idosos. Mas os idosos são uma riqueza, não podem ser ignorados! (...)

Os idosos são homens e mulheres, pais e mães que antes de nós percorreram o nosso próprio caminho, estiveram na nossa mesma casa, combateram a nossa mesma batalha diária por uma vida digna. São homens e mulheres dos quais recebemos muito. O idoso não é um alieno. O idoso somos nós: daqui a pouco, daqui a muito tempo, contudo inevitavelmente, embora não pensemos nisto. E se não aprendermos a tratar bem os idosos, também nós seremos tratados assim.”

Papa Francisco, 4 de março 2015

Agradecimentos

Porque este caminho jamais teria sido feito se estivesse sozinha e porque todos sabemos que importa a viagem, e não só o destino, por isso começo por agradecer às pessoas sem as quais nem eu como pessoa, nem o meu percurso académico (nem este documento) existiriam: os meus pais, que com todo o amor sempre estarão presentes e serão essenciais na minha vida. Agradeço também ao meu irmão e a toda a minha restante família, pois sinto que sou deveras abençoada, nunca me faltou apoio, carinho ou ajuda quando assim o precisei e isso, por mais simples que pareça, é a malha indispensável ao tecido da vida.

Um agradecimento muito especial a todos os meus colegas de trabalho que me facilitaram em trocas de turnos de forma a que tudo isto pudesse ser concretizado e sobretudo aos meus amigos que me acompanharam neste percurso e me encorajaram quando a minha vontade era desistir, me ajudaram a pensar e a arranjar soluções quando tudo teimava andar em sentido contrário e sobretudo um grande obrigado por conseguirem sempre me arrancar um sorriso quando este teimava em se esconder.

Devo, ainda, um agradecimento a todos os que de alguma forma me serviram de inspiração e foram os meus mentores nesta caminhada: os meus professor e colegas, com particular foco à minha Docente Orientadora, Professora Emília Brito, que desde do início me deixou voar, mas que nunca se esqueceu de me ensinar primeiro como fazê-lo, com a sua disponibilidade, orientação e motivação, bem como às minhas Orientadoras Clínicas, Enfermeira Inês Antunes e Enfermeira Sílvia Graís que sempre me ouviram, ajudaram e incentivaram nesta caminhada e com as quais aprendi e cresci muito profissionalmente. E às minhas colegas de mestrado que sem saberem como se tornaram uma segunda família e com as quais sinto que fomos evoluindo em conjunto, em particular à Ana Pinheiro, à Sandra Jorge e à Sandra Galaio.

Por último, e não menos importante, quero manifestar a minha gratidão para com todos os utentes e suas famílias, que me permitiram cuidar e contribuíram para que, hoje, fosse a profissional que sou.

Lista de siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNP-N- Escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos)

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade Saúde Familiar

RESUMO

Portugal é um dos 27 estados-membros que tem a menor proporção de pessoas idosas a viverem sozinhas – cerca de 21,2%, sendo também o país onde, em 2020, cerca de 30,4% dos idosos viviam em outros tipos de agregado familiar, para além dos unipessoais e de díade nuclear (Eurostat, 2021). Para além disso, Portugal, é, também, o 8º país da União Europeia com maior proporção de população a viver vulnerabilidade social e económica, o que tem levado a que muitas famílias regressassem a casa dos seus pais, agora já avós, por impossibilidade de se autossustentarem (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2022).

Neste sentido, ao ser cada vez mais frequente a coabitação dos avós com os netos, foi desenvolvido o presente projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar com base numa metodologia de trabalho de projeto com três principais objetivos orientadores: cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem. Para tal, foi elaborada uma revisão *scoping* para identificar as relações dos netos adolescentes com os avós quando coabitam, bem como um estudo de investigação quantitativo, transversal e descritivo, que envolveu 5 famílias de uma Unidade Saúde Familiar, cujos resultados permitiram concluir que quando a coabitação dos netos é com avós saudáveis, estes são um recurso, contribuindo, inclusive, para a formação da sua personalidade e quando é com avós dependentes, os netos adolescentes podem ser cuidadores auxiliares dos avós. Com base no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, foram planeadas intervenções de enfermagem que permitiram o envolvimento dos netos adolescentes na resolução de problemas identificados numa família com avó dependente.

O presente relatório documenta as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista, bem como de mestre e especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

Palavras-chave: relação, avós, netos adolescentes, coabitação, enfermeiro de família.

ABSTRACT

Portugal is one of the 27 member states that has the lowest proportion of elderly people living alone – around 21.2%, and is also the country where, in 2020, around 30.4% of elderly people lived in other types of households. family, in addition to single-person and nuclear dyads (Eurostat, 2021). Furthermore, Portugal is also the 8th country in the European Union with the highest proportion of population experiencing social and economic vulnerability, which led to many families returning to their parents', now grandparents', home due to the impossibility of self-sustain (National Observatory for the Fight Against Poverty, 2022).

In this sense, as grandparents cohabit with their grandchildren becoming increasingly frequent, this family health nursing intervention project was developed based on a project work methodology with three main objectives: caring for families, as a care unit care, and of each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention; lead intervention processes within the scope of family health nursing; contribute to promoting the positive relationship between teenage grandchild(ren) and dependent grandmother(s) cohabiting. To this end, a scoping review was carried out to identify the relationships between teenage grandchildren and their grandparents when they cohabit, as well as a quantitative, cross-sectional and descriptive research study, which involved 5 families from a Family Health Unit, whose results allowed us to conclude that when grandchildren live with healthy grandparents, these are a care resource, even contributing to the formation of their personality and when they are with dependent grandparents, teenage grandchildren can be assistants to their grandparents. Based on the Calgary Family Assessment and Intervention Model, nursing interventions were planned that allowed the involvement of teenage grandchildren in solving problems identified in a family with a dependent grandmother.

This report documents the activities carried out to develop common skills for specialist nurses, as well as master's and specialists in community nursing in the area of family health nursing.

Keywords: relationship, grandparents; adolescents' grandchildren; coresidence; family nurse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. Enquadramento Teórico	11
1.1 Ser idoso e envelhecer.....	11
1.2 Famílias trigeracionais com avós e netos.....	13
1.3 Relação avós e netos que coabitam.....	15
1.4 Teoria das transições de Afaf Meleis.....	17
1.5 Modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar.....	19
2. Metodologia	21
2.1 Diagnóstico de situação e definição de objetivos.....	21
2.2 Planeamento de atividades.....	22
2.3 Caracterização dos contextos de estágio.....	23
2.4 Procedimentos éticos.....	25
3. Execução e Análise de Atividades	27
3.1 Cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	27
3.2 Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	31
3.3 Contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem.....	32
3.4 Avaliação das atividades.....	37
4. Desenvolvimento de Competências	39
4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista.....	39
4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.....	40
4.3 Competências de mestre.....	42
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa é elaborado o presente relatório de estágio, o qual resulta do meu percurso de estágios em cuidados de saúde primários. Este estágio iniciou-se a 5 de maio de 2023 em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados tendo posteriormente transitado a 5 de junho para uma Unidade de Saúde Familiar, onde terminei a 9 de fevereiro de 2024, com a finalidade de desenvolver competências comuns de enfermeira especialista, bem como de mestre e especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

Assim sendo, este percurso académico, teve início no segundo semestre do curso de mestrado onde se iniciou a intervenção familiar e a formulação do projeto que foi progressivamente desenvolvido ao longo do terceiro semestre do curso, o qual tem como foco a perceção dos netos adolescentes na coabitação com avós dependentes e a intervenção do enfermeiro de família, como forma de identificar forças, fraquezas/lacunas, oportunidades e ameaças nesta relação e assim ajudar a superarem/prevenirem situações de crise, nestas famílias.

Neste sentido, este projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar ao ser desenvolvido no âmbito da aquisição de competências de mestre, enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de especialização de enfermagem de saúde familiar, tanto os objetivos gerais como os específicos espelham as competências gerais de enfermeiro especialista explícitas no Regulamento nº140/2019, bem como as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem e comunitária na área de enfermagem de saúde familiar explícitas no Regulamento nº428/2018 e os descritores de Dublin. Deste modo, o projeto tem como objetivos gerais: cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem.

No que concerne ao nível de competências dos cuidados de enfermagem por mim desenvolvido ao longo deste percurso, este foi sustentado no modelo de Dreyfus

apresentado por Benner, tendo sido realizada uma avaliação inicial, onde me identifiquei como estando no nível 3, e, portanto, de competente, dos 5 níveis de competências estabelecido por Benner, tendo como objetivo no término dos estágios, alocar-me no nível de proficiente e posteriormente de perito (Benner, 2001).

Para a realização do presente relatório adota-se a metodologia de projeto, uma vez que segundo Ruivo et al. (2010) esta traduz um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social e permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas, servindo, também, como forma de divulgação dos resultados e conclusões obtidas.

Neste sentido, a estrutura do trabalho é constituída por capítulos, sendo que no primeiro é apresentada a fundamentação teórica sobre a temática em estudo, nomeadamente no que concerne a: ser idoso e envelhecer; famílias trigeracionais com avós e netos; relação entre avós e netos a coabitarem. Para além disso, é, ainda, apresentada a fundamentação do modelo de enfermagem de família e teoria de enfermagem implícita no projeto, nomeadamente: modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar (MCAIF) e teoria das transições de Afaf Meleis. No segundo capítulo, é descrita a metodologia de projeto com a apresentação do diagnóstico de situação e respetivos objetivos, bem como o planeamento de atividades, sendo, também, abordados os procedimentos éticos envolvidos e realizada uma breve caracterização dos locais de estágio. No terceiro capítulo é realizada a descrição e análise das atividades de acordo com os objetivos gerais, sendo no final do mesmo apresentada a avaliação das atividades. No quarto capítulo é explicitada a aquisição quer das competências comuns de enfermeiro especialista, quer das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, bem como das de mestre. Termina com uma reflexão final e as referências bibliográficas utilizadas para elaborar e fundamentar o presente relatório, as quais se encontram segundo o formato da 7ª edição da Norma APA. Todo o relatório é redigido respeitando o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e segue as diretrizes da ESEL.

Por último é, ainda, de salientar que este relatório de estágio é composto por 2 volumes: um primeiro onde são desenvolvidos os capítulos acima referidos e um segundo constituído pelos anexos e apêndices que complementa o volume 1.

1. Enquadramento Teórico

Portugal, apresenta mutações demográficas de ampla escala, em que o efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade.

Atualmente mais de 22% da população portuguesa tem mais de 65 anos (população idosa) e estima-se que em 2065 essa percentagem aumente para mais de 35% (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2020). Neste sentido, é de notar que desde o ano 2000 que o número de idosos ultrapassou o número de jovens em Portugal e que o Índice de Envelhecimento tem vindo a agravar-se de forma constante (Oliveira & Gomes, 2017). Sendo que em 2006 por cada 100 jovens, residiam em Portugal 112 idosos, valor que aumentou para 185,6 em 2022 estimando-se, ainda, segundo projeções do INE (2014), que em 2060 este número venha a atingir valores ainda mais elevados, passando a residir em Portugal 307 idosos por cada 100 jovens (Oliveira & Gomes, 2017).

1.1 Ser idoso e envelhecer

A nível internacional existem muitas definições sobre o conceito de idoso, se bem que tradicionalmente se continua a considerar idosa a pessoa a partir dos 65 anos, isto porque segundo a OMS, considera-se como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, ou mais de 60 anos se viver em países em vias de desenvolvimento (WHO,2002).

Serrão (2006) propõe considerar o termo séniores para os mais de 65 anos, abrangendo em termos etários três décadas, dos 65 aos 95 anos. Considera, ainda, três subtipos: (i) idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta do envelhecimento natural; (ii) idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes; (iii) idosos independentes são os que mantêm as suas capacidades, mas estão inativos. Já Fonseca (2004), aplica as categorias de idade defendidas por Birren e Cunningham (1985) na forma de olhar o idoso: 1) idade biológica, a qual se refere ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo que o funcionamento desses sistemas diminui com o tempo; 2) idade psicológica relativa às capacidades de

natureza psicológica das pessoas em se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e autoestima; e 3) idade sociocultural, associada ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos e estilos de relacionamento interpessoal.

Apesar de a idade estar relacionada com processos biológicos, ela é também definida socialmente, ou seja uma pessoa é considerada idosa com base no ambiente onde se insere (OPAS, 2022). Assim sendo, a idade cultural, também se torna importante, pois nas sociedades africanas e orientais, o idoso atinge o cume do prestígio, ao passo que nas sociedades ocidentais e de produção é desconsiderado (Oliveira, 2008). Deste modo, o termo idoso poderá possuir uma conotação depreciativa, fazendo com que se construam estereótipos e mitos a respeito deste grupo etário, tais como serem sinónimo de doentes, incapacidade produtiva, solidão, depressão e isolamento, podendo originar, na pessoa idosa, crises de identidade, diminuição da autoestima, atitudes infantis, sensação de estorvo para a família, falta de motivação, dificuldade de adaptação a novos papéis sociais e a mudanças (Mota, 2010). Contudo, apesar das inúmeras perdas inevitáveis nesta fase da vida, há características que podem ser consideradas para que seja permitido ao idoso dar mais valor e significado à sua vida, através da sua sabedoria, maturidade e experiência (Mota, 2010).

O envelhecimento é um processo que acarreta, de forma variável, o declínio de funções cognitivas, físicas e funcionais do organismo. Traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às “agressões da vida” (Costa, 2002). Neste sentido, o sistema nervoso é o sistema fisiológico mais comprometido com o processo do envelhecimento notando-se alterações a nível sensitivo, dos movimentos e funções psíquicas, entre outros (Chagas & Rocha, 2012). O declínio da função sensorial é um aspeto importante para os idosos, pois pode afetar a sua segurança e qualidade de vida interferindo, também, nas suas relações interpessoais e atividades sociais (Lamas & Paúl, 2013). A visão altera-se resultando em problemas na perceção de objetos à distância e em profundidade, bem como na sensibilidade à intensidade da luz e contraste de cores (Lamas & Paúl, 2013). No que se refere à audição verifica-se um aumento gradual na perda auditiva, o que leva os idosos a viverem num ambiente ruidoso - aumentam muito

o som da televisão/rádio e pedem constantemente às pessoas que repitam o que dizem - tornando-se incomodativo para os que com eles vivem, o que conduz a um isolamento cada vez maior da pessoa idosa, com repercussões físicas, psicológicas e sociais (Lamas & Paúl, 2013). O olfato e o paladar, ambos pela diminuição do número de recetores sensoriais e pela incapacidade do cérebro em interpretar as sensações do gosto e cheiro sofrem, também, alteração com o envelhecimento, apresentando a pessoa idosa perda significativa do olfato (hipósmia) e diminuição dos quatro sabores fundamentais - doce, salgado, ácido e amargo - (Lamas & Paúl, 2013). A falta de perceção de determinados odores como cheiro a gás e a fumo, que muitas vezes são o primeiro alerta de perigo colocam as pessoas idosas sujeitas a situações de risco (Lamas & Paúl, 2013). Para além disso, tanto o olfato como o paladar quando alterados levam a que o idoso perca o gosto e interesse nas refeições acabando por se alimentar mal, emagrecer e ficar desnutrido ou confeccionar a comida mais salgada/ doce contribuindo para o desenvolvimento de doenças crónicas como a diabetes e a hipertensão (Lamas & Paúl, 2013). Por último, os limiares táteis ao estarem significativamente aumentados nos idosos, leva a que apresentem menor sensibilidade discriminativa para a presença de objetos e fontes de calor pelo tato, para além de que podem comprometer o equilíbrio e a coordenação e assim a sua protecção física (Lamas & Paúl, 2013).

Desta forma, do ponto de vista científico, o envelhecimento pode ser encarado como um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo (Oliveira, 2008).

1.2 Famílias trigeracionais com avós e netos

Os idosos ao envelhecerem experienciam diversas mudanças bio-psico-sociais que os tornam vulneráveis e os colocam em risco na sua auto-protecção e segurança, o que os leva a necessitarem de uma supervisão e de serem cuidados. Neste sentido e visto tanto as reformas dos idosos, como os salários da população ativa portuguesa se encontrem cada vez mais precários, a incitação e apoio continuado das famílias alargadas, trigeracionais com avós e netos, enquanto cuidadoras torna-se um caminho alternativo à institucionalização maciça dos idosos, constituindo uma solução menos dispendiosa para

recursos públicos escassos e sujeitos a custos de oportunidade elevados (Carneiro et al., 2012).

As famílias trigeracionais são famílias compostas por três gerações que coabitam e se encontram ligados por laços afetivos e de consanguinidade, sendo que nesta fase a família adquire a característica de família extensa convivendo várias gerações juntas em prol de funções assistenciais, cuidativas e educativas, entre outras (Villalba, 2017). Esta configuração familiar é frequente depois de roturas na conjugalidade, por separação ou viuvez, sendo comum surgirem novos nichos familiares (Rodrigues & Furtado, 2021 conforme citado por Cassettari, 2019).

Contudo, as famílias trigeracionais não surgem só quando os filhos se divorciam e regressam ao lar dos pais já com filhos, uma vez que é certo que o figurino tradicional da prestação de cuidados aos idosos dependentes em Portugal, tal como em outros países do sul da Europa, é o de coabitação com os prestadores de cuidados (Vítor, 2008). No entanto, atualmente as possibilidades das famílias prestarem cuidados, nomeadamente recebendo os pais idosos em suas casas, são menores por virtude da situação socioeconómica do país, que cada vez mais, leva a uma maior exigência de investimento e dedicação à vida profissional para se ser valorizado profissionalmente e financeiramente. Porém, os filhos, para além do cônjuge, são as figuras denominadas com deveres de cooperação e auxílio e, portanto, dever de cuidar, pela legislação portuguesa (Vítor, 2008). Assim sendo, vemos por regra, as pessoas idosas a apoiarem financeiramente filhos e/ou netos e estes a lhes prestarem ajuda “na forma de serviços” (Vítor, 2008). Desta forma, o dever de auxílio não só é prestado pelos descendentes de primeiro grau, como também pelos de segundo grau e noras, uma vez que existe uma predominância feminina na prestação de cuidados verificando-se que quando estes são assumidos por descendentes, os cuidadores são as filhas ou as noras (Vítor, 2008).

Como tal, pode-se considerar que o formato de famílias trigeracionais emergiu naturalmente na sociedade em virtude de dar resposta a uma das funções sociais da família, permitindo aos indivíduos que a constituem a satisfação das suas necessidades primárias, sobretudo quando não o consegue fazer por si só, como é o caso dos elementos menores e idosos da família (Vítor, 2008).

Ao longo da vida as famílias atravessam uma série de estágios previstos e separados por transições previsíveis que tendem a ter impacto em todo o sistema familiar como o

nascimento de um filho, a saída dos filhos de casa dos pais e a morte de um dos cônjuges, entre outros. E ao conjunto destes estágios previstos denomina-se ciclo de vida familiar, podendo-se segundo, Wright & Leahey (2011), considerar a existência de seis estádios no ciclo de vida familiar: jovens adultos solteiros; o novo casal; família com filhos pequenos; famílias com adolescentes; saída dos filhos de casa; família no fim de vida.

No ciclo de vida familiar, é desde o estágio das famílias com filhos adolescentes que se iniciam as preocupações com as fragilidades da geração mais velha e surge a necessidade de organizar apoios e os devidos cuidados para os pais idosos (Paúl & Ribeiro, 2012). Primeiramente o cuidado é, apenas, centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, por exemplo proporcionar consultas de vigilância ou recorrer à urgência hospitalar, em caso de sintomatologia aguda. Mas, nas fases seguintes a família tem de saber lidar com eventuais incapacidades dos idosos, podendo culminar em perda total da sua independência (Paúl & Ribeiro, 2012).

Neste sentido, torna-se pertinente analisar a adolescência como faixa etária dos netos, sendo a mesma atualmente entendida como uma etapa de desenvolvimento marcada por drásticas mudanças, tanto a nível físico, como a nível cognitivo e social, que se inicia por volta dos 10 anos de idade e termina por volta dos 19 anos, sendo este um período considerado importante na construção da sua identidade, dos seus pontos de referência, na escolha do seu caminho profissional e do seu projeto de vida (Shaffer, 2005).

1.3 Relação avós e netos que coabitam

As diversas mudanças a nível socioeconómico que Portugal tem vivido como espelhadas no relatório de 2022 da pobreza e exclusão social, o qual faz referência a um aumento de risco de pobreza ou exclusão social em 12% face ao inquérito anterior, o que corresponde a mais 256 mil pessoa, fez emergir novas configurações familiares como as famílias trigeracionais com avós e netos a coabitarem, razão pela qual se torna cada vez mais crucial perceber a relação entre avós e netos (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2022).

Muito já se sabe sobre os benefícios de uma boa relação entre netos e avós que não coabitam, nomeadamente: na diminuição de prevalência da depressão quer nos avós

quer nos netos (Moorman & Stokes, 2016); no atenuar de problemas emocionais e comportamentais das crianças em prol de uma maior agilidade cognitiva (Burn & Szoeki, 2015); na visão das crianças e adolescentes sobre os idosos (Flamion et al., 2017); e no aumento da longevidade dos avós e no sentirem-se saudáveis com uma aprendizagem única e mútua (Hilbrand et al., 2017). Contudo, poucos são os estudos que referem o intercambio energético da relação com os netos quando coabitam com os avós.

Um estudo realizado nos Estados Unidos e publicado em 2005 revela que a presença dos avós no agregado familiar está associada a um maior bem-estar do neto adolescente, tendo este menor probabilidade de desenvolver comportamentos desviantes e sintomas depressivos (Hamilton, 2005). Assim sendo, a coabitação com os avós contribui para a diminuição de problemas internos dos adolescentes, facilitando-lhes, assim, a incorporação inconsciente de padrões, ideias, atitudes, valores e personalidade (Akhtar et al., 2017). Para além disso, quando os avós constituem parte do agregado familiar aumentam os recursos disponíveis, sendo por vezes uma importante fonte de rendimento extra e alojamento gratuito (Hamilton, 2005). Contudo, a integração dos avós no agregado familiar pode, também, ser uma fonte de *stress* como é o caso de apresentarem divergência nos estilos parentais com a figura paternal, ou de necessitarem de cuidados, uma vez que, desta forma, retiram recursos valiosos aos adolescentes como dinheiro, tempo, espaço e privacidade (Hamilton, 2005). Um outro estudo realizado em Espanha e publicado em 2012, salienta que os netos adolescentes de avós com demência apresentam conflito entre o seu papel de cuidador auxiliar e a necessidade de autonomia, liberdade e independência da família, uma vez que apresentam alterações nas suas atividades quotidianas, relações familiares, e até mesmo na distribuição do espaço no lar (Celdrán et al., 2012). Porém, esta experiência de coabitação com avós com demência torna-os adolescentes mais responsáveis e com maior maturidade (Celdrán et al., 2012).

Assim sendo, os netos adolescentes que coabitam com avós com demência precisarão de se adaptar a mais mudanças da sua vida e deverão investir em mais esforços para lidar com o cenário de cuidado, sendo crucial a intervenção do enfermeiro de família nestes tipos de famílias.

Portanto, torna-se crucial promover investigação relativamente às relações de netos adolescentes que coabitam com avós dependentes, por forma a considerar-se o cuidado

centrado na família, como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2011).

1.4 Teoria das transições de Afaf Meleis

A coabitação de avós com netos tem inerente diversas transições que são vividas individualmente por cada membro em simultâneo, pelo que se torna importante analisar este fenómeno à luz da teoria das transições de Afaf Meleis.

Segundo a teoria das transições de Meleis, as transições são processos que ocorrem a todo o momento e que envolvem desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro, sendo que as mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas (Meleis & Schumacher, 1994). Contudo, não é apenas uma passagem ou movimento, mas também um tempo de reorganização e/ou transformação interior, com uma característica essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade (Chick & Meleis, 1986).

Neste sentido, as pessoas experimentam transições quando precisam de se adaptar a novas situações ou circunstâncias de modo a integrar o evento de mudança nas suas vidas e estas transições podem constituir momentos de crise para a família, mas também de oportunidades e de aprendizagem (Meleis et al., 2000). Em que ultrapassado o período de vulnerabilidade e desequilíbrio, abre-se espaço para respostas mais adaptativas por parte da família, o que a conduz a níveis de organização, funcionamento, coesão e união (Meleis et al., 2000). Reportando, desta forma, à teoria das transições de Afaf Meleis é possível identificar quatro tipos de transições: as de desenvolvimento, as situacionais, as de saúde-doença e as organizacionais (Abrantes et al., 2015 conforme citada por Meleis, 2013).

Assim sendo, à semelhança do que acontece, por exemplo, na passagem da infância para a adolescência, também a transição para a condição de idoso requer todo um processo de adaptação ao novo modo de ser e de estar, uma vez que é necessário haver um período de tempo para ocorrer a rutura com o que era habitual, e passar a viver com as alterações inerentes à transição, ajustando-se à sua nova condição, aos seus novos papéis e alcançando, assim, um novo equilíbrio (Meleis et al., 2000). Portanto, de acordo com a teoria das transições de Afaf Meleis, a passagem à condição de idoso constitui uma

etapa de transição desenvolvimental, em que a família tem o papel de facilitar o processo emocional desta transição (Meleis et al., 2000).

Deste modo, pode-se considerar, que nas famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes, tanto os avós como os netos vivenciam individualmente uma transição de desenvolvimento, uma vez que quer o envelhecimento, quer a adolescência são etapa do ciclo de vida do próprio indivíduo e para Meleis, as transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos clientes/indivíduos (Abrantes et al., 2015 conforme citada por Meleis, 2013).

A entrada de um dos avós/pais no seio das famílias com adolescentes exige uma necessidade de todos os membros se ajustarem, reorganizarem, adaptarem, consolidarem e estabelecerem novos padrões e dinâmicas familiares. Constitui uma grande mudança em todos os subsistemas familiares, conjugal, paternal e paternal levando a alterações na vida pessoal, conjugal, social e profissional de cada elemento que a constitui. Dependendo do nível de dependência do idoso associado ao seu processo de envelhecimento e/ou doença, a tomada de decisão desta transição pode ser negociada e planeada quer com o idoso quer no seio familiar que este vai integrar ou pode ser imprevisível associado a um acontecimento como a perda de um dos cônjuges, que desempenhava o papel de cuidador ou como um acidente que aumenta a debilidade e vulnerabilidade do idoso colocando a nu as suas incapacidades para as atividades de vida diárias e necessidade de intervenção de terceiros para o cuidar. Neste sentido, o indivíduo idoso, para além de uma transição desenvolvimental, geralmente, ainda, vivencia concomitantemente uma transição situacional e/ou saúde-doença, uma vez que resulta da perda de papéis – cônjuge caso esteja associado a um processo de viuvez e a de patriarca da casa – e/ou alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica (Abrantes et al., 2015 conforme citada por Meleis, 2013).

Já a família com filhos adolescentes, em geral, experiencia uma transição situacional, explicada por Meleis com a aquisição ou mudança de papéis, como o papel de cuidador, associado à adição de um novo membro no agregado familiar e à necessidade de o supervisionar e/ou cuidar (Abrantes et al., 2015 conforme citada por Meleis, 2013).

De salientar, que os indivíduos em processo de transição tendem a ser mais vulneráveis, pelo que a compreensão deste processo pode ajudar a evitar os riscos inerentes. A teoria das transições proposta por Meleis assume-se como um quadro

referencial consistente da prática de enfermagem, no sentido de identificar estratégias e intervenções dirigidas a pessoas e famílias em transição (Meleis et al., 2000). Os enfermeiros são aqueles que preparam os clientes para a transição, e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente (Meleis, et al., 2000). Desta forma, assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com a transição, que afeta a sua saúde, surge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança (Meleis et al., 2000).

Para Meleis, os condicionalismos das transições podem ser facilitadores ou inibidores, sendo estes de ordem pessoal, da comunidade ou da sociedade (Meleis et al., 2000). Deste modo, é fundamental compreender as condições pessoais e ambientais, que facilitam ou inibem, a ocorrência de uma transição saudável, para melhor compreensão da transição que está a ser vivenciada pelo indivíduo e possa haver uma intervenção, de forma a garantir resultados que promovam populações mais saudáveis (Meleis et al., 2000).

1.5 Modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar

A família trigeracional com avós e netos adolescentes ao ser considerada como um sistema a vivenciar transições com a presença de um idoso dependente de cuidados, reforça a importância que o enfermeiro de família disponha de um instrumento de avaliação familiar que permita compreendê-la na sua multidimensionalidade a fim de identificar problemas e intervir precocemente. O Modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar (MCAIF) surge, então, para atender a esta necessidade, uma vez que permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema, apresentando-se como uma estrutura multidimensional que possibilita conhecer e avaliar as famílias, visando auxiliá-las na resolução de problemas (Martins & Figueiredo, 2010). O MCAIF possui, desta forma, uma estrutura organizada que abrange três categorias principais: estrutural, que permite avaliar a estrutura da família; de desenvolvimento, que se refere à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida; e funcional, a qual diz respeito ao modo como os indivíduos da família interagem (Cunha et al., 2019).

As famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes requerem uma análise aprofundada, uma vez que a vivência com um idoso, geralmente ocasiona modificações na dinâmica familiar à medida que este vai aumentando o seu grau de dependência pelo próprio processo de envelhecimento ou como resultado da presença de uma doença (Cunha et al., 2019). A dependência de um familiar idoso provoca alterações significativas e drásticas em várias áreas da vida das famílias, como nas finanças, afeto e na saúde dos membros que se ocupam dos cuidados, causando, também, perda de liberdade da família que coabita com o idoso e sobrecarga de trabalho (Cunha et al., 2019). A família tende a se reorganizar de forma a haver sempre um cuidador responsável para que as necessidades humanas fundamentais do idoso sejam supridas (Cunha et al., 2019). Assim sendo, apesar de haver um membro da família que geralmente assume a maior parte das responsabilidades pelos cuidados ao idoso, todos os elementos da família, uns mais do que outros, costumam se envolver no cuidado, assumindo papéis de cuidadores secundários ou de colaboradores (Cunha et al., 2019). A partilha de tarefas é, também, um elemento positivo para o funcionamento destas famílias, uma vez que apesar de não estar diretamente ligado ao cuidado do idoso, pode minimizar a sobrecarga física e financeira, sendo, portanto, essencial encontrar no núcleo familiar ajuda nos cuidados, compreensão e união (Cunha et al., 2019). Deste modo, com o envolvimento de todos os membros da família há um estreitamento dos laços familiares e uma procura comum de soluções para os problemas que vão surgindo (Cunha et al., 2019). Como tal, a comunicação torna-se um papel fundamental no funcionamento efetivo entre os seus membros, como forma de compreensão das normas familiares e na resolução dos conflitos (Cunha et al., 2019).

Neste sentido, as famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes têm o foco nas dimensões estrutural e funcional do MCAIF, pois é onde tende a surgir mais alterações e necessidades de reajuste familiar. No entanto, a dimensão desenvolvimento dá-nos informações sobre os valores da família e a perspetiva de cuidar ao longo das gerações da família.

Deste modo, o Modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar constitui um recurso importante para auxiliar na compreensão das famílias, nomeadamente das trigeracionais com avós e netos adolescentes, como unidade de cuidado e não simplesmente como a soma da individualidade de cada membro da família.

2. Metodologia

Para este trabalho foi utilizada a metodologia de projeto que é constituída por 5 etapas: a elaboração do diagnóstico da situação, onde é definido o problema/fenómeno em estudo com determinação de causas ou fatores de risco e identificação de necessidades; a planificação das atividades, onde são delineadas atividades, estratégias e planos de intervenção; a execução das atividades planeadas, que é quando se materializa a realização do projeto; e a avaliação e divulgação, sendo esta última concretizada no relatório de estágio (Ruivo et al., 2010).

2.1 Diagnóstico de situação e definição de objetivos

O diagnóstico de situação foi multifatorial e emergiu de um conjunto de alterações sociodemográficas, que conduzem, cada vez mais, ao envelhecimento da população em Portugal e de constatar em contexto de estágio, na unidade de saúde familiar, a existência de famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes a coabitarem, com as quais tive a possibilidade de contactar.

Para além disso, a nível socioeconómico, Portugal, tem vivido muitas mudanças como espelhadas no relatório da pobreza e exclusão social em 2022, o qual faz referência a um aumento de risco de pobreza ou exclusão social em 12% face ao inquérito anterior, o que corresponde a mais 256 mil pessoas, colocando Portugal no 8º país da União Europeia a apresentar maior proporção de população a viver vulnerabilidade social e económica, estando os idosos isolados, num dos três grupos nomeados como mais vulneráveis (Observatório Nacional da Luta contra a Pobreza, 2022). Por outro lado, Portugal, também, é um dos 27 estados-membros que tem a menor proporção de idosos a viver sozinhos – cerca de 21,2% – constatando-se, em 2020 que cerca de 30,6% dos idosos viviam em outros tipos de agregado familiar, para além dos unipessoais e de díade nuclear (Eurostat, 2021). O que significa que a incitação e apoio continuado das famílias alargadas, enquanto cuidadoras dos seus idosos, começa a ser um caminho alternativo à institucionalização maciça de idosos e constitui uma solução menos dispendiosa para recursos públicos escassos e sujeitos a custos de oportunidade elevados, quando as

reformas dos idosos e os salários da população ativa portuguesa são cada vez mais precários (Carneiro et al, 2012).

Deste modo, ao ser cada vez mais frequente a existência desta configuração familiar de famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes surge o projeto: o impacto da coabitação na relação entre avós e netos adolescentes: intervenção do enfermeiro de família, como forma de identificar forças, fraquezas/lacunas, oportunidades e ameaças nesta relação e poder intervir nestas famílias, uma vez que o conhecimento sobre esta temática é escasso e os cuidados de saúde devem de acompanhar o enquadramento sociodemográfico com o surgimento de novas respostas cada vez mais eficientes e enquadradas nas características das famílias portuguesas da atualidade. Neste sentido, o projeto tem definido como objetivos gerais: cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem.

2.2 Planeamento de atividades

O planeamento das atividades a serem desenvolvidas ao longo do estágio e que englobam este relatório encontram-se discriminadas em cronograma por forma a ter uma melhor visibilidade do percurso e organização dos períodos (Apêndice I). O cronograma foi elaborado através de um gráfico *gantt* e tendo em conta as pausas letivas definidas no calendário escolar da ESEL para o ano letivo 2023-2024.

Para além disso, para a implementação das fases do projeto foi elaborada uma análise SWOT (Apêndice II) a qual é baseada num exercício de ordenamento com a divisão de um quadro em 4 quadrantes, constituídos pelas forças (**S** - *strenght*), fraquezas (**W** - *weakness*), oportunidades (**O** - *opportunities*) e ameaças (**T** - *threats*) (Santos et al, 2007). De salientar como ponto fraco a limitação de tempo para desenvolver o projeto e como ponto forte a aprendizagem com peritos da equipa de enfermagem, bem como a minha motivação e resiliência para superar adversidades que foram surgindo ao longo do percurso em prol da oportunidade de melhorar a qualidade de cuidados a famílias trigeracionais com filhos adolescentes e avó(s) dependente(s).

2.3 Caracterização dos contextos de estágio

O início da componente estágio subdividiu-se em dois contextos distintos que incluem os cuidados de saúde primários, não só pela sua localização, como pela sua organização e método de trabalho.

O primeiro estágio iniciou-se a 08 de maio de 2023 e decorreu durante aproximadamente um mês numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a qual tem como função contribuir para a melhoria da saúde dos utentes inscritos e suas famílias através de um método de trabalho com base em programas, nomeadamente: saúde do adulto e idoso; hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; saúde infantil; saúde materna e planeamento familiar, para além das visitas domiciliárias e área curativa onde se efetua diversos tipos de tratamentos a feridas e realiza administração de injetáveis. Sendo que transversalmente a todos os programas existe a preocupação pela vacinação e educação para a Saúde. Esta UCSP é constituída por 5 médicos com especialidade de medicina geral e familiar, em que um deles assume as funções de coordenação, 4 enfermeiras, em que uma delas acumula funções de responsável de enfermagem, 1 assistente técnico e 2 assistentes operacionais. Contudo, a equipa médica encontrava-se desfalcada por ausências devido a baixas e atestados médicos, sendo repostas as suas carências, pontualmente, por médicos tarefeiros a exercer serviços a prestação de recibos. A missão desta UCSP passa por prestar cuidados de saúde, em tempo útil, com eficiência, eficácia e qualidade assegurando a todos os seus utentes cuidados de saúde personalizados e humanizados, sejam eles preventivos ou curativos, mantendo, assim, continuidade dos mesmos num contexto bio-psico-social. A sua área de abrangência integra uma zona da periferia da área metropolitana de Lisboa, estando nela inscritos, 8011 utentes, traduzindo-se num índice de envelhecimento da UCPS de aproximadamente 140% (BI-CSP, 2023). Assim sendo, o facto de neste contexto de estágio, o primeiro, ter contactado com, maioritariamente, população idosa a habitar em meio isolado, fez-me constatar que a família tem, ainda, maior importância no apoio aos seus familiares idosos, pelo que foi um contributo para a definição da população deste projeto e, portanto, para a definição do tema.

O segundo contexto de estágio decorreu desde 5 de junho de 2023 até 9 de fevereiro de 2024 numa Unidade de Saúde Familiar (USF), tendo sido dividido em dois períodos,

em que um deles decorreu sensivelmente em um mês, terminando a 14 de julho e o outro iniciou-se a 25 de setembro e decorreu até ao seu final a 9 de fevereiro. A USF em questão localiza-se numa união de freguesias da área metropolitana de Lisboa e é uma USF modelo B, ou seja, constituída por equipas de médicos, enfermeiros e secretários clínicos, que dão resposta a uma determinada população, permitindo-lhe o acesso a médico e enfermeiro de família e onde a remuneração dos profissionais de saúde é associada ao seu desempenho (Lei nº301/2008). Esta USF assenta, portanto, no modelo de microequipas, onde cada utente tem um médico, um enfermeiro e um secretário clínico de família atribuído, sendo formada por 8 microequipas. Contudo, apresenta apenas 7 enfermeiros, o que leva a que haja enfermeiros a integrar mais do que uma microequipa, por forma a cumprir com a sua missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita nessa unidade, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, apresentando como lema: Crescer em unidade, cuidar com qualidade.

Esta USF tem 13852 utentes inscritos e abrange uma área geográfica onde estão inseridos 8062 agregados familiares, apresentando um índice de envelhecimento bastante elevado, de aproximadamente 200% (BI-CSP, 2023). Deste modo, tendo em conta as características sociodemográficas da população abrangente pela USF e os seus objetivos como prestadora de Cuidados de Saúde Primários de excelência, bem como adequados às características específicas da população abrangente, pode-se considerar que o projeto "O impacto da coabitação de netos adolescentes com avós dependentes: intervenção do enfermeiro de família" foi ao encontro dos objetivos da USF e das características da população que a mesma abrange. Neste sentido, todos os vários tipos de consultas de enfermagem existente na USF, nomeadamente as consultas de saúde do adulto e idoso; de saúde infantil e juvenil e as visitas domiciliárias, não sendo de descartar as consultas a pessoas com diabetes *mellitus* ou em sala de tratamentos, serviram não só como palco de aprendizagem e desenvolvimento de competências, como, também, de recolha de dados e intervenção para o projeto acima referido.

2.4 Procedimentos éticos

Todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios tiveram por base o bem-estar e qualidade de vida dos utentes e famílias a que prestei cuidados, quer, no âmbito da prevenção, quer no âmbito curativo, tendo sido sempre garantido, na sua essência, o respeito, dignidade e privacidade do utente e famílias. E em cada contexto de estágio foi assinada, por mim, uma declaração de confidencialidade para com a unidade que ficou arquivada na mesma. Neste sentido, considero que neste percurso apresentei uma prática de cuidados de acordo com a legislação e as normas ético-deontológicas, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades da profissão (Lei nº140/2019).

Para além disso, todas as pesquisas desenvolvidas e as formações frequentadas durante o estágio contribuíram para uma contínua atualização de conhecimentos e autoanálise regular da prática e, portanto, para o dever da procura da excelência do exercício profissional (art.º 109.º da Lei n.º 156/2015).

Ainda, para dar resposta a um dos objetivos gerais foi desenvolvido um estudo de investigação para o qual foi necessário, previamente, a solicitação do parecer ético à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), tendo sido realizado um protocolo de investigação em modelo próprio emanado pela respetiva entidade, a qual emitiu um parecer favorável a 24 de novembro de 2023 (Anexo I). Este protocolo continha, também, os pareceres deferidos favoravelmente quer do Exmº Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de saúde (ACES), quer da Exmª. Drª. Coordenadora da USF.

Aos indivíduos que participaram no estudo de investigação, foi apresentado o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice III), o qual foi constituído, primeiramente, por uma parte de informação do projeto e, posteriormente, pela declaração de consentimento e assinatura do participante que consente, que neste caso por envolver jovens adolescentes com idades entre os 10-19 anos foi, igualmente, requerido aos seus pais ou tutores legais. Para além de que, de forma a manter o anonimato dos participantes, as respostas ao questionário eram depositadas numa caixa em forma de casa alocada na sala de espera da USF, a qual foi autorizada pela coordenadora da mesma.

No que se refere à escala envolvida no estudo de investigação, nomeadamente à escala de significados de Grã-parentalidade (versão netos) – SGP - N, adaptada para a população portuguesa por Cunha & Matos em 2010, esta foi solicitada autorização e aceite a sua utilização (Anexo II), bem como do índice de Barthel validado para a população portuguesa pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007, o qual foi utilizado como critério de exclusão das famílias para constituição da amostra (Anexo III).

3. Execução e Análise de Atividades

Neste terceiro capítulo estão explanadas as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, de forma a cumprir com os objetivos gerais propostos, estando, por isso, o mesmo dividido em subcapítulos consoante esses mesmos objetivos, que são: Cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; e contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem. Termina com a avaliação dessas mesmas atividades através de uma breve síntese dos resultados das mesmas.

3.1 Cuidar de famílias, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Este objetivo geral foi transversal a ambos os contextos de estágio denotando-se, contudo, um percurso evolutivo enquanto estudante de especialidade de enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

No início, no contexto de UCSP, integrei-me nos cuidados de saúde primários, uma vez que a minha realidade profissional sempre passou por meio hospitalar. Neste período, apesar das consultas não se realizarem por enfermeiro de família, mas sim por programas, realizando-se consultas de planeamento familiar e saúde materna, de saúde infantil e juvenil e de saúde do adulto e idoso, permitiram-me contactar com o âmbito de cada uma delas e aprender através da minha orientado clínica como as realizar, o que avaliar e o que ensinar. Assim sendo, através destas consultas, também, desenvolvi aptidões para cuidar de cada membro da família ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção e, portanto, de famílias, enquanto unidade de cuidados. Para além disso, o contacto com a realidade da visita domiciliária permitiu-me constatar que a prestação de cuidados em contexto domiciliário, possibilita um melhor conhecimento da família, não só verificando *in situ* a forma como se organiza no seu ambiente de desenvolvimento, como também identificando os seus recursos e forças, de forma a melhor capacitá-la para a satisfação das suas necessidades. Elegendo, portanto, a visita

domiciliária como o contexto mais rico para a recolha de dados de uma família, que através de uma maior aproximação dos profissionais com a realidade e dinâmica familiar tornando-a mais verdadeira e contextualizada, permite uma intervenção, ainda mais, personalizada (Bourget & Cruz, 2010). Neste sentido, foi desenvolvido um estudo de caso a uma família acompanhada por mim e pela minha orientadora clínica em contexto de visita domiciliária. O estudo de caso é uma abordagem de pesquisa empírica que se concentra na análise profunda de um fenómeno específico dentro de um contexto real (Andrade et al, 2017). Esta família é constituída por um casal de idosos em que a esposa é cuidadora do marido que se apresenta com doença de alzheimer e atualmente com uma ferida traumática na região trocantérica direita, sendo que através deste problema conseguimos identificar outros onde pudemos intervir através da aplicação do MCAIF como explanado no estudo de caso intitulado “Cuidar de uma família de idosos com um idoso com demência” (Apêndice IV). Ainda, no âmbito do estudo de caso anteriormente referido e associado ao facto de a minha orientadora clínica ter iniciado a responsabilidade de elo de ligação do programa de cuidadores informais da área de abrangência da UCSP, foi identificado lacunas de conhecimento sobre os direitos e deveres do cuidador informal, bem como dúvidas na forma de aceder ao estatuto de cuidador informal, pelo que foi elaborado o folheto: “Cuida de um familiar, nós cuidamos de quem cuida” (Apêndice V).

Seguidamente, ao iniciar o contexto de estágio em USF e pela forma como os profissionais de saúde estão organizados na prestação de cuidados, existindo microequipas com enfermeiros responsáveis pelos cuidados a determinadas famílias, este processo de cuidar de famílias como unidade de cuidados tornou-se mais natural sendo mais sonante para mim. Nesta USF acompanhei os utentes e famílias da lista da minha orientadora clínica intervindo em diferentes fases do ciclo de vida de cada elemento da família, igualmente nas consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, bem como nas de adulto e idoso com ou sem doenças crónicas, das quais sobressaem as doenças metabólicas e as de risco cardiovascular (diabetes *mellitus* e hipertensão arterial) para além de tratamento de feridas, nomeadamente úlceras por pressão, e visitas domiciliárias. Tendo, também, desenvolvido em paralelo, competências no âmbito da vacinação com participação autónoma na convocação e administração de vacinas na campanha sazonal covid e gripe.

A USF distinguiu-se pela confiança estabelecida na relação utente/família e enfermeiro, uma vez que quando se trata de cuidar de famílias enquanto unidade de cuidados faz a diferença, sendo esta pautada por uma maior confiança. Para além disso, foi, também, notório, com o decorrer do estágio neste contexto, o domínio do conhecimento das famílias no que concerne aos problemas, recursos e necessidades de intervenção, tornando este processo mais imediato e com maior eficácia e eficiência na resposta às famílias. Contudo, nesta USF identifiquei que a nível de programa informático havia uma constante falta de preenchimento dos instrumentos de avaliação familiar no *SClinic*, sendo, também uma necessidade real verbalizada pela equipa de enfermagem, pelo que realizei um estudo de caso que apresentei sucintamente na última apresentação realizada em equipa multidisciplinar na USF, a qual se referia ao resumo das atividades deste estágio e à apresentação dos resultados do estudo de investigação. Como tal, através desta apresentação sucinta do estudo de caso realizado com base no Modelo de Calgary de Avaliação de Intervenção Familiar e na Teoria das Transições de Afaf Meleis, foi possível dar a conhecer alguns instrumentos de avaliação familiar que ajudam na apreciação das dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional das famílias, tais como: o genograma, círculo familiar de Thrower, a escala de FACES II aplicado ao modelo circumplexo de Olson, a escala de stress familiar de readaptação social de Holmes e Rahe, bem como a escala de sobrecarga do cuidador de Sequeira. Assim sendo, foi notório por parte da equipa que com este exemplo prático da aplicação dos diversos instrumentos anteriormente referidos se conseguiu ter um reflexo mais fiel da família com evidencia dos problemas possíveis e os existentes, bem como das áreas de necessidade de intervenção, o que levou a equipa a constatar a importância da adoção dos mesmos para a sua prática de cuidados às famílias. Foi, ainda, identificado pela equipa desta USF necessidade de informação sobre os diferentes tipos de insulina, de forma a se conseguir uma intervenção mais adequado nas consultas de diabetes *mellitus*, pelo que realizei um póster que serve como base de teclado do computador, com os diferentes tipos de insulina, o pico e tempo de ação de cada uma, bem como com os cuidados a ter para prevenir uma hipoglicémia (Apêndice VI), de forma a auxiliar nas consultas de diabetes *mellitus*. Para além de folhetos, em que um deles foi sobre antidiabéticos injetáveis e cuidados na sua administração (Apêndice VII) e o outro intitulado “Tem diabetes? cuide

dos seus pés” foi dirigido à população diabética sobre os cuidados aos seus pés (Apêndice VIII).

Porém, para intervir de forma segura e com maior domínio frequentei algumas formações que não se restringiram somente a uma fase do ciclo de vida do ser humano e da família, isto porque quando se é enfermeiro de família, muitas vezes cuida-se da família ao longo dos diferentes estágios. Como tal, este domínio polivalente e diversificado do enfermeiro de família é necessário para que famílias em diferentes etapas do ciclo de vida familiar se encontrem em equilíbrio, sendo, também, necessário mesmo quando isso não é possível e se presencie crises familiares, com o intuito de mais facilmente lhe proporcionar o restaurar da homeostasia familiar, ou seja, o bem-estar e sincronia familiar. Neste sentido, participei em alguns eventos científicos nomeadamente: num *webinar* realizado nos dias 02 e 03 de outubro de 2023 pelo Hospital Fernando da Fonseca, onde se abordou a temática da amamentação em *tandem* e a amamentação no regresso ao trabalho (Anexo IV); e no XV Congresso Internacional de Feridas do GAIF, realizado em Lisboa nos dias 11 e 12 de outubro de 2023, onde foi possível ter acesso aos diferentes apósitos e tipos de tratamento existentes no mercado para o tratamento dos mais diversos tipos de feridas desde da cirúrgica, à úlceras por pressão e úlcera venosa até à ferida em pessoa portadora de diabetes *mellitus*, das quais sobressai a ferida do pé diabético (Anexo V). Para além destes eventos foi, ainda, possível frequentar, como formanda, o V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar realizado nos Açores entre os dias 26 e 28 de outubro de 2023 (Anexo VI), tendo, inclusive, no mesmo, a oportunidade de apresentar em formato de póster a pertinência do enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio.

Deste modo, ao participar nestes eventos científicos quer como formanda, quer como palestrante, contribuiu não só, para que refletisse sobre a minha prática e a tornasse numa prática baseada na evidência científica, como, também, a dos outros profissionais que assistiram aos eventos.

3.2 Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Para a concretização deste objetivo enunciado nas competências formuladas pela OE (Lei nº 428/2018) foram desenvolvidas capacidades na gestão, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Em ambos os estágios houve uma articulação com a restante equipa de saúde e multidisciplinar, de forma a mobilizar os recursos para a avaliação da situação de saúde e identificação de necessidades na família, para uma posterior intervenção o mais completa possível. Tendo sido pertinente todo este processo, pois deu-me bases sobre a forma como tanto a UCSP ou a USF se articula e interage com as outras unidades e equipas como Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Unidade de Cuidados na Comunidades (UCC) ou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), abrindo horizontes sobre outros recursos disponíveis na comunidade, que podem contribuir para a solução de problemas de algumas famílias.

Assim sendo, durante este percurso de estágios, apesar de em contextos diferentes, muitas foram as famílias em que esteve considerado o apoio e a intervenção de outras unidades funcionais de saúde, como inclusive instituições de apoio de carácter social, tais como: centros de dia, apoios domiciliários, lares e casas de acolhimento de idosos. Sendo, ainda de referir, que neste sentido, na UCSP foi elaborado um folheto com os recursos da comunidade envolvente de apoio às famílias com pessoas idosas intitulado “É idoso ou tem algum familiar/conhecido idoso?”. Este folheto surge no âmbito do estudo de caso realizado na UCSP designado “Cuidar de uma família de idosos com um idoso com demência” e fornece informações sobre centros de convívio séniores e associações de reformados, serviços de apoios domiciliários, cantina social, lavandaria social e banco de ajudas técnicas, bem como de centros de dia e lares para idosos. Não é, contudo, divulgado neste relatório por denunciar a região onde decorreu o estágio, tendo, porém, sido adotado pela UCSP como folheto informativo para famílias com idosos.

Na USF para além das diversas referências à assistente social e equipa de apoio psicológico, sobressaindo, o caso de uma mulher grávida no 2º trimestre, que manifesta sintomas depressivos e de repulsa com a gestão após conhecimento de história de infidelidade pelo companheiro, acontece recorrentemente a referenciação para as aulas

de preparação para o parto de casais com mulheres grávidas a partir das 28 semanas de gestação. No âmbito da USF, foi também criado um folheto sobre os diversos apoios da própria comunidade envolvente, inclusive da Câmara Municipal, para famílias com necessidades de diversas áreas, sendo apresentado apoios para famílias numerosas com carência financeira, para famílias com elementos portadores de deficiência, e para famílias com idosos. Este folheto foi elaborado também no âmbito de um estudo de caso, este realizado na USF com o título “Quando o adolescente transita do cuidar dos avó para o cuidar dos pais” e, também, não é, divulgado neste relatório por denunciar a região onde decorreu o estágio, contudo a equipa da USF quando o analisou em equipa multidisciplinar verbalizou que era uma lacuna e havia necessidade do conhecimento dos apoios do meio envolvente e como tal que iriam adotá-lo como folheto da USF após o mesmo ser aprovado em conselho técnico. No âmbito deste mesmo estudo de caso, foi, ainda, realizado um outro folheto relativo aos apoios financeiros do Estado para as pessoas com incapacidades físicas ou mentais, nomeadamente sobre o atestado médico de incapacidade de multiusos e o complemento por dependência relativamente a quem pode usufruir, os benefícios que fornecem e como os adquirir (Apêndice IX). Esta necessidade de explorar apoios sociais surgiu em sequência da resposta morosa da assistente social do ACES por o mesmo se encontrar com carência de recursos humanos desta categoria profissional, e permitiu às famílias ficarem mais informadas e atualizadas sobre os apoios e recursos que têm, podendo ser autónomas na escolha para a resolução da sua situação familiar.

Neste sentido, é pertinente que o enfermeiro de família domine todos os apoios, quer estatais, quer da comunidade ou da própria organização de saúde de forma a promover uma resposta o mais eficaz e eficiente para a família nas diversas etapas do ciclo de vida familiar.

3.3 Contribuir para a promoção da relação positiva entre neto(s) adolescente(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem

O desenvolvimento do projeto promoção da relação positiva entre neto(s) adolescent(s) e avó(s) dependente(s) a coabitarem surgiu de um conjunto multifatorial de situações, desde a pessoal, da revisão da literatura e da caracterização da população dos

contextos de estágio. Como tal, foi realizada uma revisão *scoping* e posteriormente um estudo investigação, por forma a que as famílias com características comuns às do projeto sejam cuidadas com maior domínio do conhecimento, estando os profissionais mais despertos para o risco de crises no seu seio e de como intervir nas mesmas. Isto porque, a investigação leva a uma atualização de conhecimentos e a um agir mais atualizado por parte dos profissionais, com uma prestação de cuidados com uso da mais recente evidência científica.

Assim sendo, como forma de identificar as relações dos netos adolescentes com os avós quando coabitam realizou-se uma revisão *scoping* intitulada: A relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem (Apêndice X). As *Scoping Review* são revisões sistemáticas da literatura que têm como objetivo mapear os conceitos fundamentais que sustentam uma área de pesquisa e são conduzidas seguindo um protocolo que desempenha um papel fundamental na definição dos objetivos e métodos da revisão (Munn et al., 2022). Neste sentido, baseou-se no referencial do *Joanna Briggs Institute*, utilizando o acrónimo PCC (população, conceito e contexto) (Grant & Booth, 2009), como resposta à questão de revisão: Quais as relações entre avós e netos adolescentes a coabitarem? E para identificação dos estudos relevantes, foram realizadas buscas em diversas bases de dados, através da plataforma EBSCOhost, nomeadamente na *CINAHL* (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), na *MEDLINE* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica) e na *Psychology and Behavioral SciencesCollection* usando os descritores: *grandparents; adolescents, coresidence, household e relationship*, que foram combinados com os operadores *booleanos* OR e AND. Contudo, visto esta temática ser pouco estudada, não foi realizada filtragem temporal, obtendo na amostra final de artigos, 2005 como ano referente à publicação mais antiga e 2022 como ano referente à publicação mais recente. Somente, foram aplicados filtros para restringir a pesquisa aos idiomas português, inglês, francês e espanhol. Assim sendo, de um total de 51 artigos identificados, 3 estavam duplicados, 19 não apresentavam texto na íntegra e 1 não estava publicado nos idiomas usados na filtragem, tendo sido obtidos 28 artigos para análise de título e resumo por 2 investigadores, o que resultou na exclusão de 22 artigos, obtendo-se no final 6 artigos para revisão. Os resultados da revisão evidenciam que a coabitação entre avós e netos é uma mais-valia para o desenvolvimento psico-emocional das crianças e adolescentes. Concluindo-se que derivado das múltiplas

alterações socioeconómicas e familiares que a sociedade portuguesa atravessa, será cada vez mais frequente a coabitação entre netos adolescente e avós saudáveis ou doentes. Sendo que quando os netos coabitam com os avós saudáveis estes podem tornar-se numa vantagem na definição de personalidade e definição de valores dos netos, bem como um recurso direto e indireto à família. Contudo, pode ser um fator negativo quando difere dos estilos parentais dos pais. E que quando os netos coabitam com os avós doentes é notório que os adolescentes apresentem uma maior responsabilidade e amadurecimento psico-emocional. Porém, esta realidade, também, gera mais *stress* ao adolescente na gestão das suas atividades diárias. Como tal, os achados desta revisão indicam que é premente a intervenção do enfermeiro de família nestes tipos de famílias, por forma a prevenir problemas ou a ajudá-las a superar dificuldades (Hamilton, 2005; Tompkins, 2007; Céltran et al., 2012; Akhtar et al., 2016; Levetan & Wild, 2016; Adhikari, et al., 2022).

O estudo de investigação realizado intitula-se “Perceção do(s) neto(s) adolescente(s) sobre a coabitação com o(s) seu(s) avó(s) dependente(s)” e é um estudo quantitativo, descritivo, transversal que teve como objetivos caracterizar os tipos de relação que o(s) neto(s) adolescente(s) têm com o(s) avó(s) dependente(s) com que coabitam; bem como identificar obstáculos a uma relação positiva (Apêndice XI).

A população do estudo foi selecionada através da análise da listagem de adolescentes vacinados entre 2004 e 2013 (apresentam entre 10 e 19 anos) retirada da plataforma *E-Vacinas* da USF onde realizei estágio e que posteriormente, no sistema de registo *SClinic* apresentavam um agregado familiar composto por 3 gerações. Sendo que foram aplicados critérios de exclusão nomeadamente a exclusão de famílias emigrantes (de outras nacionalidades para além da portuguesa) pela influência cultural e famílias com avós independentes após a aplicação do índice de Barthel, tendo sido utilizado para o presente estudo a versão validada pela Professora Doutora Fátima Araújo em 2007. Posto isto, dos 592 registos, aproximadamente 81% foram excluídos por: constituírem registos repetidos do mesmo adolescente (o adolescente ter sido vacinado mais que uma vez no período de 2004 a 2013); estarem registados sem agregado familiar associado; apresentarem nacionalidade diferente da portuguesa e não pertencerem a agregados familiares com avós. Neste sentido, dos 115 adolescentes obtidos após cruzar os dados

com o sistema de registo *SClinic* e posterior validação por contacto telefónico da atual constituição do agregado familiar, bem como da aplicação do Índice de Barthel aos avós quando estes faziam parte do agregado familiar, apenas 10 adolescentes viviam com pais (pai e/ou mãe) e avós com Índice de Barthel ≤ 19 . Tendo sido enviado o questionário a estes 10 adolescentes e rececionados 5.

A nível de caracterização sociodemográfica dos adolescentes que responderam ao questionário, 3 eram do sexo masculino e 2 eram do sexo feminino. Apresentavam uma média de idades de 16 anos, sendo que o adolescente mais novo tinha 11 anos e o mais velho tinha 18 anos de idade, havendo 2 questionários preenchidos por adolescente de 11 anos, traduzindo este a moda em relação às idades dos adolescentes que responderam ao questionário.

Quanto ao agregado familiar, 3 dos participantes residiam com os pais e 2 residiam só com mãe, podendo-se constatar neste estudo que é mais frequente a inclusão dos avós em famílias nucleares do que em monoparentais e quando incluídos neste tipo de famílias são sempre com a presença da figura materna, não tendo sido referido a coabitação só com o pai em nenhum questionário. Para além disso, foi evidente que 4 dos 5 adolescentes que compõe a amostra começaram a residir com os avós nos seus três primeiros anos de vida, havendo somente um adolescente que começou a residir com os avós aos 7 anos de idade. Foi, ainda, evidente neste estudo que os agregados familiares mais numerosos, com três ou mais filhos têm mais tendência a incluir os avós, pois 3 dos 5 adolescentes que responderam ao questionário apresentavam dois ou mais irmãos e residiam com dois avós.

No que se refere à aplicação da escala SGP-N incluída no questionário, esta permitiu aceder à perspetiva dos netos em relação às díades de avós e netos e é constituída por 7 dimensões: compreensão mútua/confiança, cuidador, desfrutar da relação, ligação ao passado, distância, mediação e indulgência (Peixoto, 2015). Sendo que ao analisar os questionários pode-se constatar que as dimensões: desfrutar da relação, distância, cuidar e ligação ao passado são as que são mais bem cotadas por parte dos adolescentes. E que, em contrapartida as dimensões: compreensão mútua/confiança e mediação são as que são menos representativas na perspetiva dos adolescentes na sua relação com os avós com que coabitam.

Sendo que com a aplicação do Índice de Barthel (IB), o qual avalia o grau de dependência para a realização de 10 atividades básicas de vida (AVD), constou-se que 4 adolescentes residiam com avós com grau de dependência moderada (13-19) e 1 adolescente residia com avô/ó com grau de dependência grave (9-12) (Araújo et.al, 2007). Tendo sido obtido um IB mais elevado de 17 e mais baixo de 11. Foi, também, possível identificar com a aplicação do IB que as atividades que todos os avós apresentavam algum grau de dependência eram: vestir-se, subir e descer as escadas e andar/deslocar-se.

Desta forma, ao correlacionar os resultados da ESGP-N e o IB podemos constatar que quanto maior o IB: mais representativa é a dimensão Cuidar da escala de SGP-N, ou seja, quanto mais independente os avós mais os netos se sentem cuidados por eles; e menos representativa são as dimensões: desfrutar da relação e de mediação da escala de SGP-N, ou seja, quanto mais independente forem os avós menos os netos sentem que desfrutam da relação com os avós, e que menor é o papel de mediador dos avós na relação deles com os pais.

Neste sentido, após a obtenção dos subsídios das *scoping review* e do estudo de investigação foi realizado um folheto para se fornecer a todos os adolescentes que coabitem com avós dependentes intitulado “És adolescente e tens um avô(ó) a viver contigo?” (Apêndice XII). Sendo que este folheto foi integrado no estudo de caso realizado no contexto de estágio em USF, como forma de intervenção, uma vez que se tratava de uma família com as características deste projeto (Apêndice XIII).

Para todo este processo de investigação associado ao projeto desenvolvido, muito contribuiu as aulas do plano curricular do mestrado, mas, também a procura de saber e nesse sentido frequentei a 16 de novembro um webinar sobre investigação na prática clínica do Enfermeiro (Anexo VII), o que me permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação e a estimulação de uma cultura baseada na investigação, quer no contexto académico, quer profissional.

3.4 Avaliação das atividades

O desenvolvimento de todas as atividades acima referidas proporcionou a título individual um desenvolvimento, tanto profissional, como pessoal. Para além disso, contribuiu para capacitar as equipas multidisciplinares dos contextos de estágio de conhecimento atualizado, suprimir necessidades e delinear novos percursos nos objetivos das unidades estando mais despertos para outras realidades que até então desconheciam. Este desenvolvimento derivou não só da partilha de conhecimento em consultas ou sala de tratamento por parte das enfermeiras peritas das equipas de enfermagem dos contextos de estágio, como também do enriquecimento que adquiri das formações frequentadas. Sendo de destacar que numa primeira apresentação à equipa multidisciplinar da USF, realizada a 14 de novembro, que se referia ao que consistia o projeto e como se iria desenrolar, bem como a sua pertinência fundamentada com dados da *scoping review*, o resultado da classificação do projeto com recurso à aplicação *mentimeter*, foi de sensivelmente 82% com termos positivos e 18% negativos, descrevendo-o na sua maioria como interessante, atual e importante, havendo, porém, uma pequena percentagem que o descrevia como limitador e de difícil colaboração (Apêndice XIV). Salientando, ainda, que no inquérito de avaliação desta apresentação, 100% considerou que a apresentação permitiu a aquisição de novos conhecimentos, contudo aproximadamente 6% considerou que o conteúdo não foi útil.

Na sequência do desenvolvimento e término do projeto foi desenvolvida uma segunda apresentação em equipa multidisciplinar, no dia 6 de fevereiro de 2024 onde foram apresentados tanto os resultados do estudo de investigação e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, inclusive a concretização dos diversos folhetos e de um estudo de caso. Sendo de referir, que o resultado, recorrendo de novo ao *mentimeter*, da classificação do conteúdo apresentado, onde se englobava os resultados do estudo, foram de 100% de termos positivos, descrevendo como pertinente, surpreendente e oportuno (Apêndice XIV).

Assim sendo, pode-se considerar que tanto os 82% iniciais, mas sobretudo a sua evolução para 100% de termos com conotação positiva, no final da implementação do projeto transmitem que houve um despertar da equipa multidisciplinar para novas temáticas. Este despertar repercute-se em melhores respostas e cuidados às famílias.

Em ambas as apresentações foram transmitidos conhecimentos atuais baseados em evidência científica, instrumentos de avaliação familiar e apresentados outros apoios para consultas como os diversos folhetos realizados, o que permite à equipa uma avaliação e intervenção familiar mais adequada, personalizada e atual.

Para além da repercussão na equipa de enfermagem foi notório que as realizações dos estudos de caso com base no MCAIF e na Teoria das transições de Afaf Meleis levaram a que a visão da família como um sistema aberto em constante interação e a vivenciar transições, bem como a utilização de uma matriz multidimensional surgisse de forma natural e espontânea nas avaliações e intervenções das famílias tendo em conta as suas necessidades e objetivos, resultando num maior conhecimento das famílias e por conseguinte numa maior confiança por parte das mesmas, o que posteriormente se traduzia em famílias gratas pela intervenção, satisfeitas com os resultados das mesmas e com mais saúde. Isto porque, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar deve ser dotado de uma prática baseada na evidência científica para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, a fim de poder ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas.

4. Desenvolvimento de Competências

Neste último capítulo, são abordadas as competências que regem o pensar e agir do enfermeiro especialista e em particular do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, bem como as competências de mestre, relacionando-as com as atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso de estágio. Sendo que ao longo dos estágios foram proporcionados inúmeros momentos para observação participativa, planejamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem à família, ao longo do seu ciclo de vida, com ênfase nas respostas das famílias a problemas de saúde reais e potenciais.

4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns dizem respeito às competências que deverão estar desenvolvidas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrando a sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Assim sendo, de modo a demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas ao longo dos ensinamentos clínicos, construí estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, suportei a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência e selecionei as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. Sendo, ainda de salientar que, no que se refere à demonstração de uma prática que respeita os direitos humanos e à análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados com gestão de situações potencialmente comprometedoras para os utentes e suas famílias, assegurei o respeito pelo direito dos mesmos no acesso à informação, bem como a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. Para além disso fomentei o respeito pelo direito do utente à privacidade e assegurei o respeito do mesmo à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Além disso assegurei, de forma sistemática, o respeito pelos valores e costumes, pelas crenças espirituais e pelas práticas específicas dos indivíduos e famílias.

Com o intuito de participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais, colaborei na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, preveni os riscos ambientais, cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e participei, sempre que possível, na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. De modo a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão reconheci quando devia negociar cuidados ou referenciar para outros profissionais de saúde.

No que concerne ao facto dos processos de tomada de decisão e intervenção estarem alicerçados em conhecimento válido, atual e pertinente, por forma a assumir um papel facilitador nos processos de aprendizagem, bem como de agente ativo no campo da investigação, atuei como formadora, elaborei folhetos e um póster informativo ao longo dos estágios, para dar resposta a necessidades identificadas e verbalizadas pelas equipas de enfermagem dos contextos de estágio.

De forma a suportar a prática clínica em evidência científica: atuei como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; identifiquei lacunas do conhecimento quer dos utentes e famílias, quer das equipas de enfermagem, bem como oportunidades relevantes de investigação; analisei estudos de investigação existentes, tendo interpretado, organizado e divulgado resultados provenientes da evidência científica que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; discuti as implicações da investigação e contribui para um novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada.

4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 regulado pela OE, as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar são: 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; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro especialista em saúde familiar cria a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Desta forma, considerando a família como unidade de cuidados, o enfermeiro promove a sua capacitação, focando-se na mesma como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Para tal, estabeleci uma relação de confiança através da comunicação terapêutica com a família para promover a saúde, prevenir a doença e controlar situações complexas, o que me permitiu auxiliar as famílias a desenvolver mudanças que influenciaram de forma positiva a sua saúde e a obter ganhos em saúde.

Para além disso, ao longo dos estágios, sempre, abordei as famílias com disponibilidade de modo a responder às suas necessidades e estimei a mesma na consecução dos seus objetivos. De forma, a colher dados pertinentes para o estado de saúde das famílias foram, para além, de mobilizados os MCAIF e a Teoria das transições de Afaf Meleis, atualizados, também, os instrumentos presentes no sistema informático, o *Sclinic*, tendo, inclusive, realizado uma apresentação num dos locais de estágio com um exemplo da aplicabilidade do modelo de avaliação e intervenção familiar e dos diversos instrumentos de avaliação familiar, num contexto de estudo de caso de uma família a vivenciar transições complexas, como forma de demonstrar como os mesmos são fulcrais para identificar problemas atuais e possíveis e assim intervir de forma eficiente.

Além disso, mobilizei os resultados da investigação e da evidência científica nas intervenções de enfermagem à família. Nesta vertente, enalteço que foi necessário rever os conteúdos referentes nomeadamente sobre o programa nacional de vacinação e os cuidados antecipatórios. Estes são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas de forma a prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006).

Foi possível, ainda, acompanhar algumas famílias a viverem transições de desenvolvimento, como por exemplo o nascimento do primeiro filho, podendo atuar em pleno em algumas áreas de intervenção, nomeadamente no papel parental. O nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo familiar, onde ocorre a transformação da díade em grupo familiar, de forma permanente. O casal, agora pais, necessitam de definir os papéis parentais e adaptar-se à responsabilidade de serem pais (Figueiredo, 2012). Deste modo, foi possível acompanhar diversas famílias nesta etapa do

ciclo vital com as suas particularidades, dúvidas e incertezas o que se demonstrou como uma nova e enriquecedora oportunidade de aprendizagem.

Já no que se refere a liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito de enfermagem de saúde familiar articulei com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. Deste modo, orientei a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos e geri o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Ainda, nesta vertente, participei no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos programas de saúde relativos à saúde familiar, nomeadamente no auxílio das convocatórias via telefónica de utentes com critérios para as diferentes fases de administração das vacinas quer da gripe e quer da contra a infeção por SARS-CoV-2.

Por fim, utilizei também sistemas de informação e tecnologias para melhorar os resultados de saúde familiar, como por exemplo com a elaboração de folhetos informativos e um póster com recurso a um editor gráfico, o *Canva*, que exigiu aprendizagem e adaptação na manipulação das suas ferramentas.

4.3 Competências de mestre

O grau de mestre, além de preconizar conhecimentos aprofundados, exige a capacidade de aplicá-los, de forma refletida e ajustada, para resolução de problemas nos diferentes contextos quer dos cuidados, quer de equipas suscetíveis de promoverem a segurança dos cuidados e conseqüentemente a qualidade dos mesmos. Assim sendo, no decorrer de todo o curso foi possível constatar uma base educativa e formativa direcionada e fundamentada cientificamente que me proporcionou desenvolvimento de competências nos domínios do saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender (Arnhold et al., 2004).

Os contextos de estágio constituíram cenários distintos dos habituais da minha prática de cuidados e exigiram a aplicação dos conhecimentos já adquiridos até então, dos adquiridos no mesmo e de reflexão crítica na e sobre a minha ação. O facto de ter desenvolvido um projeto sobre o contributo do enfermeiro de família na relação de avós e netos adolescentes a coabitarem permitiu o desenvolvimento dos domínios de melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, uma vez que permitiu intervenção

nas dimensões da formação de pares, educação de utentes e liderança, levando não só a uma melhor prática de enfermagem no contexto onde pude intervir, mas também a nível de toda a comunidade de saúde, com a perspetiva da sua futura divulgação em eventos científicos. Este projeto proporcionou, assim, o desempenho de um papel dinamizador e promoveu a otimização da resposta da equipa de enfermagem, bem como a afirmação dos cuidados prestados e importância dos mesmos no seio da equipa multidisciplinar.

Ao basear-se a prática na evidência científica procura-se diminuir a incerteza na tomada de decisão e dá mais segurança quer aos enfermeiros de família que transmitem a mensagem, quer para o utente que nos escuta, nesse sentido frequentei diversos eventos científicos. Neste sentido, a competência da comunicação foi desenvolvida nas diversas interações com o utente/família em consulta, via telefónica para convocações de utentes e como disseminadora de conhecimento através não só de diversas apresentações formativas em contexto de estágio para as equipas multidisciplinares, como também através da participação no V congresso internacional de enfermagem de saúde familiar realizado em outubro de 2023, como a apresentação de um póster realizado em grupo intitulado: o enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio.

Para além disso, todo o processo associado ao projeto possibilitou o desenvolvimento de competências de trabalho e gestão com por exemplo, o delinear de um cronograma de atividades; cognitivas, nomeadamente na tomada de decisão e pensamento crítico; e de autogestão com por exemplo, a gestão de tempo e definição de objetivos realista em função desse tempo; tendo, também desenvolvido competências pessoais, nomeadamente de resiliência perante os obstáculos e contratemplos que foram surgindo. Assim sendo, quer para a o desenvolvimento do projeto, quer para o desenvolvimento de folhetos implementados nos locais de estágio demonstrei capacidade para pesquisa de informação científica atualizada e espírito de investigação; compromisso com a área de enfermagem de família capacitando-me e auxiliando os colegas no desenvolvimento de competências nos cuidados às famílias; capacidade de adaptar e transferir os dados resultantes da investigação para a prática; e autoconfiança ao assumir novos desafios e conquistando um alto desempenho profissional (Arnhold et al., 2004).

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório proporcionou um momento de análise e reflexão da minha carreira e dos elementos que contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento de competências. O percurso descrito alicerçou-se na prática profissional, crescimento pessoal e experiências formativas, por forma a fomentar o conhecimento científico especializado e diferenciado, bem como excelência na área de especialização e mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste relatório, para além de espelhado o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar de famílias ao longo do ciclo vital e/ou a viver situações complexas ao longo dos estágios, foram, também, desenvolvidas competências de liderança, investigação, reflexão crítica, comunicação e autoaprendizagem com a implementação do projeto intitulado: o impacto da coabitação dos avós com netos adolescentes-intervenção do enfermeiro de família.

A revisão *scoping* permitiu fornecer uma análise sistemática sobre a relação entre netos adolescentes e avós a coabitarem, tendo sido a sua realização crucial para perceber não só os efeitos da coabitação nesta relação, mas, também, que este tema, ainda carece de ser explorado e desenvolvido. Assim, sendo a realização do estudo de investigação junto com os resultados da *scoping review* permitiram que as equipas de saúde percebessem que a solução de algumas famílias, nomeadamente das famílias trigeracionais com avós e netos adolescentes a coabitarem, pode passar por ajudar os netos a envolverem-se neste papel de cuidadores auxiliares dos avós, demonstrando a importância de abordar esta temática, por exemplo, nas consultas de saúde juvenil.

No *términus* deste relatório, apesar das incalculáveis interrogações e dificuldades encontradas nesta jornada de resiliência, e considerando os objetivos delineados para o mesmo, considero que estes foram atingidos na medida em que me permitiu refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados e desenvolvidos pelo enfermeiro de família ao longo do ciclo vital. Como tal, a implementação do projeto de intervenção familiar e a elaboração deste relatório, apesar dos diversos desafios, permitiu-me o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, bem como as competências de

mestre. Para a sua concretização foram desenvolvidas capacidades de pesquisa e integração de novos conhecimentos na minha prática de cuidados, bem como de outras capacidades, como a comunicação quer a nível multidisciplinar, quer a nível das famílias.

Neste sentido, é minha intenção, num futuro próximo divulgar em eventos e revistas científicas os resultados obtidos na *scoping review* e no estudo de investigação referentes ao impacto da coabitação na relação entre netos e avós a coabitarem, uma vez que um projeto de intervenção traduz um passo significativo na melhoria dos cuidados às famílias.

Como investigação futura sugere-se a análise da perceção dos netos adolescentes a coabitarem com avós a partir da segunda infância, e/ou com avós com grau dependência grave ou severo. Sendo, também, interessante estudar o fenómeno da coresidência entre avós e netos em meio rural e em meio urbano.

A satisfação do utente e da família serão sempre a compensação de todos os estudos de investigação realizados pelos profissionais de enfermagem, na sua prática do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, L., Azevedo, I., Coutinho, E., Correia, R., Marcelino, L., Marques, C., & Santos, E. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Milênio - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, 49(20), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8083>.
- Akhtar, P., Malik, J. A., & Begeer, S. (2017). The grandparents' influence: Parenting styles and social competence among children of joint families. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 603-611. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0576-5>.
- Andrade, S.R., Piccoli, T., Ruoff, A.B., Schimitt, M.D., Ferreira, A., & Xavier, A.C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J.L. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>.
- Arnhold, N., Delplace, S., Koch, L., Wilde, K., Berg, M., Holm, T., Mandrup, A., Bonichon, S., Murray, J., Douglas, D., Maguire, K., McCaul, O., Maguire, B., Broerse, B., Leegwater, M., VanStaa, A., Strom, T., Hildrum, A., Franco, J., ... Harris, N. (2004, october 18). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. [Conference session]. JQI meeting, Dublin, Ireland.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- BI CSP (2023). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>.

- Birren, J.E. & Cunningham, W.R. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In J.E. Birren, & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3–34). Van Nostrand Reinhold Co..
- Bouso, R., Galera, S., & Silva, L. (2009). Aplicação do Modelo de Calgary para avaliações de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530-534. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400006>.
- Burn, K & Szoeki, C. (2015). Is grandparenting a form of social engagement that benefits cognition in ageing? *Maturitas*, 80(2), 122-125; <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.017>.
- Carneiro, R., Chau, F., Fialho, J.A., Sacadura, M.J., & Soares, C. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos E Culturas*, (16), 13-32. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8899>.
- Celdrán, M., Villar, F., & Triadó, C. (2012). When Grandparents Have Dementia: Effects on Their Grandchildren's Family Relationships. *Journal of Family Issues*, 33(9), 1218-1239. <https://doi.org/10.1177/0192513X12443051>.
- Chagas, A. M., & Rocha, E. D. (2012). Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da odontologia na saúde do idoso. *Revista brasileira de odontologia*, 69(1), 94-96. <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v69n1.p.94>.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chinn, P. (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Aspen.
- Costa, M. A. M. (2002). *Cuidar Idosos – formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Formasau.

- Cruz, M.M., & Bourget, M. (2010). Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: Investigando a Percepção das Famílias. *Revista Saúde e Sociedade*, 19, 605-613. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>.
- Cunha, J. V. B. da, Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. de S., Cardoso, J. D. C., Cunha, C. R. T., & da Silva, K. M. (2019). Funcionamento de famílias com idosos totalmente dependentes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(2), 1-9. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i2.48825>.
- Cunningham, K., Sear, R., Adhikari, R., Thapa, B., & Zevallos- Roberts, E. (2022). Beyond the mother-child dyad: Is coresidence with a grandmother associated with adolescent girls' family planning knowledge? *PLOS ONE*, 17(3), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265276>.
- Eurostat. (2021, outubro 6). *Ageing Europe*. União Europeia. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>.
- Flamion, A., Missotten, P., Marquet, M., & Adam, S. (2017). Impact of Contact With Grandparents on Children's and Adolescents' Views on the Elderly. *Child Development*, 90(4), 1155- 1169. <https://doi.org/10.1111/cdev.12992>.
- Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Institucional Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/9776>.
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Grant, M.J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>.

- Hamilton, H. A., (2005). Extended families and adolescent well-being. *Journal of adolescent health*, 36, 260-266. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.022>.
- Hilbrand, S., Coall, D., Gerstorf, D., & Hertwig, R. (2017). Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver: A prospective study. *Evolution and Human Behavior*, 38 (3), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010>.
- INE. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2.
- Joanna Briggs Institute. (2020). The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2020: Methodology for JBI scoping reviews. <https://joannabriggs.org/>.
- Lamas, M. C., & Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-11. <http://hdl.handle.net/10400.22/18912>.
- Lei nº 301/2008 (2008). Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. *Diário da República*, I Série (Nº77 de 18-04-2008), 2278-2281. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/301-2008-249870>.
- Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf.

- Lei nº 428/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, II Série (Nº135 de 16-07-2018), 19354-19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>.
- Lei nº 65/2019 (2019). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I Série (Nº 157 de 16-08-2019), 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.
- Lei nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Levetan, J. & Wild, L. (2016). The implications of maternal grandmother coresidence and involvement for adolescent adjustment in South Africa. *International Journal of Psychology*, 51(5), 356-365. <https://doi.org/10.1002/ijop.12178>.
- Martins, M.M., & Figueiredo, M.H. (2010). Avaliação Familiar: do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559.
- Matos, P.M., & Cunha, B. (2010, fevereiro 4-6). *Relações Intergeracionais: Significados de Adolescentes sobre Avós e Idosos*. [Comunicação Oral]. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Minho – Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21487/2/85625.pdf>.
- Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.

- Meleis A.I., Sawyer L.M., EO, Messias DK, & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Ministério da Saúde. (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. Missão para os Cuidados de saúde Primários. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario_USF.pdf.
- Moorman, S. M., & Stokes, J. E. (2016). Solidarity in the grandparent–adult grandchild relationship and trajectories of depressive symptoms. *The Gerontologist*, 56(3), 408-420. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu056>.
- Mota, C.S. (2010). *Dar mais vida à idade: a promoção de um envelhecimento activo*. [Tese de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/25804>.
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander. L., Mclnerney, P., Godfrey, C.M., Peters, M., & Tricco, A.C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JB I Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.10.11124/JBIES-21-00483>.
- Observatório nacional de luta contra a pobreza. (2020). Boletim #5 – Envelhecimento e políticas sociais: Que respostas e que futuro?. EAPN Portugal. <https://on.eapn.pt/boletins/boletim-05/>.
- Observatório nacional de luta contra a pobreza. (2022). *Pobreza e exclusão social em Portugal: relatório 2022*. EAPN Portugal. <https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/2022/10/Pobreza-e-Exclusao-Social-em-Portugal-2022-REAPN05.pdf>.
- Oliveira, C.R., & Gomes, N. (2017). Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2017. Observatório das migrações.

<https://books.google.pt/books?id=UE5aDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

Oliveira, J.H.B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Livpsic.

OPAS. (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55872>.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição N°01/2023 Da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. (1ª edição). Lidel.

Peixoto, R.J. (2015). *A relação entre avós e netos. efeitos no desenvolvimento vocacional, na construção de significados de trabalho e no auto-conceito académico*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/102445>.

Rodrigues, F. M., & Furtado, A. S. V. (2021). Cuidar de uma família trigeracional. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 31-40. <http://hdl.handle.net/10400.26/45143>.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15), 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In A.D. Carvalho, A.M. Serapicos, D. Gonçalves, F. Samagaio, G. Trevisan, & P. Medeiros (Eds.), *Actas do encontro de intervenção Social: saberes e contextos* (pp.129-137). Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.

- Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. Thomson Pioneira.
- Tompkins, C. (2007). Who Will Care for the Grandparents? Exploring Relationships Between Grandparents and Grandchildren. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(5), 19-22. <https://doi.org/10.3928/02793695-20070501-06>.
- Villalba, S. C. (2017). *Nuevos tipos de familia en españa y su repercusión en la educación*. [Tese de Licenciatura, Universidade de Valladolid]. Repositório Institucional da Universidade de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/29317>.
- Vítor, P. T. (2008). O dever familiar de cuidar dos mais velhos. *Revista portuguesa de direito da família*, 5(10), 41-62.
- WHO. (2002). Active Ageing: A policy framework. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>.
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias - Guia para a avaliação e intervenção na família*. (5ª edição). Roca.