

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

**Autoperceção do idadismo em famílias idosas – contributo do
enfermeiro especialista em saúde familiar**

Self-perception of ageism in elderly families – contribution of the nurse
specialist in family health

Anexos e Apêndices

Susana Janeiro de Almeida Braga Barbosa

**Lisboa
2024**

Anexos

De: susana Barbosa <[REDACTED]>
Enviada: 29 de junho de 2023 18:30
Para: José Ferreira Alves [REDACTED]
Cc: Rosa Ferreira Novo <[REDACTED]>
Assunto: RE: "Ageism Survey"

Boa tarde,

Muito agradecida com a vossa rápida resposta.

Mas apesar da vossa resposta e por conselho da minha orientadora, venho novamente reiterar o meu pedido, pois necessito de autorização explícita para que não existam problemas com a Comissão de Ética.

Agradeço mais uma vez o vosso apoio.

Enfermeira Susana Barbosa

Enviado do [Correio](#) para Windows

De: [José Ferreira Alves](#)
Enviado: 29 de junho de 2023 18:34
Para: [susana Barbosa](#)
Cc: [Rosa Ferreira Novo](#)
Assunto: RE: "Ageism Survey"

Tem a nossa autorização para usar essa medida, ageism survey, constante do nosso artigo de 2006 no IJCHP.

Agradecemos que nos fizesse chegar os dados psicométricos dessa medida obtidos pela sua investigação.

Obrigado,

José Ferreira-Alves, PhD

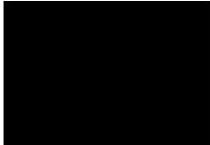
Coordenador do Grupo de investigação em desenvolvimento do adulto e envelhecimento

Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Portugal



Ageism Survey (Palmore, 2001)

Adaptado de Rosa Novo e Ferreira Alves, (2006)

Instruções

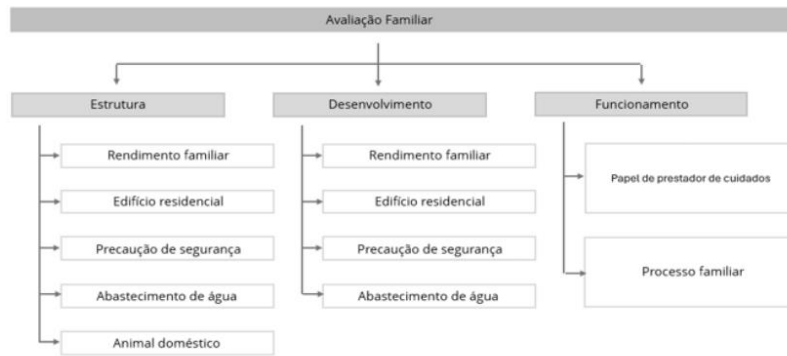
Por favor, coloque um círculo em volta do número que mais se adequa à frequência com que viveu ou sentiu cada uma das situações que a seguir se descrevem:

Nunca = 0; Uma vez = 1; Mais do que uma vez = 2

	Nunca	Uma vez	Mais que uma Vez
1 - Contaram-me uma anedota que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
2 - Enviaram-me um cartão de aniversário que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
3 - Fui ignorado(a) ou não tomado seriamente devido à minha idade	0	1	2
4 - Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade	0	1	2
5 - Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade	0	1	2
6 - Recusaram arrendar-me uma casa devido à minha idade	0	1	2
7 - Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade	0	1	2
8 - Negaram-me uma posição de liderança devido à minha idade	0	1	2
9 - Fui rejeitado(a) por não ser atraente devido à minha idade	0	1	2
10 - Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade	0	1	2
11 - Um empregado de mesa ignorou-me devido à minha idade	0	1	2
12 - Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade	0	1	2
13 - Negaram-me um tratamento médico devido à minha idade	0	1	2
14 - Negaram-me emprego devido à minha idade	0	1	2
15 - Negaram-me uma promoção devido à minha idade	0	1	2
16 - Alguém assumiu que eu não ouviria bem devido à minha idade	0	1	2
17 - Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade	0	1	2
18 - Alguém me disse: 'és demasiado velho(a)	0	1	2
19 - A minha casa foi vandalizada devido à minha idade	0	1	2
20 - Fui vitimado(a) por um crime devido à minha idade	0	1	2

**Anexo III Representação das áreas de atenção
familiares por dimensões de avaliação**

Representação das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação



Fonte: Figueiredo et al, 2023, p.387

Anexo IV

Parecer favorável da Comissão de Ética
para a Saúde

Exma. Senhora

Dr.ª Susana Barbosa

sbarbosa@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

1315/CES/2024

Assunto: Auto-perceção do idadismo em famílias idosas: contributo do enfermeiro especialista em saúde familiar.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

PARTE I
Caracterização Sociodemográfica

A preencher pelo investigador	Código de Identificação
-------------------------------	-------------------------

Não existem respostas certas nem erradas, queira colocar uma cruz "X" assinalando a resposta que considera mais adequada à sua situação

1 Sexo

- ☐ Feminino
☐ Masculino

3 Idade

5 Estado Profissional

- ☐ Ativo(a)
☐ Reformado(a)

7 Com quem vive

- Vive só
Vive com cônjuge
Vive com cônjuge e filhos
Outra situação

4 Estado Civil

- ☐ solteiro(a)
☐ casado/ união de facto
☐ divorciado(a)/ separado(a)
☐ viúvo(a)

6 Profissão atual/última profissão

☐
☐
☐
☐

Especificar: _____

Parte II-A
(informação do *Sclínico*)

a) Tipo de família

Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
☐ Unitária - Só 1 elemento ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos ☐ Alargada - Avós, pais e filhos ☐ Reconstruída - Nova união após reformulação ☐ Nuclear - Casal com ou sem filhos ☐ Outras		

b) Ciclo Vital de Duvall

C. Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho) ☐ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos) ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) ☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos) ☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores) ☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family") ☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest") ☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)			

c) Escala de Graffar

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores do topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médicos industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Sem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados e escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópia	Bairro de lata

Classe Social:

Parte II - B

APGAR Familiar de Smilkstein⁽¹⁾

APGAR	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família, discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito pela forma com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito pela forma com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 - Família altamente funcional
4 a 6 - Família com moderada disfunção
0 a 3 - Família com disfunção acentuada

Avaliação final: _____

(1) - retirado do Livro "Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar" (Henriqueta, 2012, Anexo 4)

PARTE III

Ageism Survey (Palmore, 2001)

Adaptado de Rosa Novo e Ferreira Alves, (2006)

Instruções

Por favor, coloque um círculo em volta do número que mais se adequa à frequência com que viveu ou sentiu cada uma das situações que a seguir se descrevem:

Nunca = 0; Uma vez = 1; Mais do que uma vez = 2

	Nunca	Uma vez	Mais que uma Vez
1 - Contaram-me uma anedota que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
2 - Enviaram-me um cartão de aniversário que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
3 - Fui ignorado(a) ou não tomado seriamente devido à minha idade	0	1	2
4 - Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade	0	1	2
5 - Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade	0	1	2
6 - Recusaram arrendar-me uma casa devido à minha idade	0	1	2
7 - Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade	0	1	2
8 - Negaram-me uma posição de liderança devido à minha idade	0	1	2
9 - Fui rejeitado(a) por não ser atraente devido à minha idade	0	1	2
10 - Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade	0	1	2
11 - Um empregado de mesa ignorou-me devido à minha idade	0	1	2
12 - Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade	0	1	2
13 - Negaram-me um tratamento médico devido à minha idade	0	1	2
14 - Negaram-me emprego devido à minha idade	0	1	2
15 - Negaram-me uma promoção devido à minha idade	0	1	2
16 - Alguém assumiu que eu não ouviria bem devido à minha idade	0	1	2
17 - Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade	0	1	2
18 - Alguém me disse: 'és demasiado velho(a)	0	1	2
19 - A minha casa foi vandalizada devido à minha idade	0	1	2
20 - Fui vitimado(a) por um crime devido à minha idade	0	1	2

*Que a
Alegria
seja uma
rotina*



**Alegria
de Viver**

APOIO:



A Alegria de Viver e a Junta de Freguesia de Belém unem-se para proporcionar um conjunto de atividades relacionadas com o combate à solidão, promoção do bem-estar e incentivo ao envelhecimento ativo, para que desfrute de diversas alegrias.

No âmbito do combate à solidão e valorização pessoal disponibilizamos atividades individuais, coletivas e de promoção do bem-estar, tendo por objetivo oferecer bons momentos e memórias inesquecíveis, retribuindo tudo o que já fez.

A missão da Alegria de Viver é trabalhar junto da comunidade proporcionando melhoria na qualidade de vida, conforto e momentos de alegria a pessoas seniores, combatendo a solidão e incentivando a um envelhecimento ativo.*

www.alegriadeviver.pt

*Para conhecer os critérios de elegibilidade e/ou mais informações sobre a Alegria de Viver entre em contato com a Junta de Freguesia de Belém ou ligue para a Alegria de Viver:

T: 913 039 065 Email: info@alegriadeviver.pt

Semanalmente acontecem uma das seguintes Atividades Coletivas:
Alegria da Cultura onde poderá assistir a espetáculos;
Alegria ao Ar Livre para passear e conhecer as maravilhas de Portugal;
Alegria do Chá para desfrutar de uma tarde bem passada;
Alegria da Dança para dançar ao som de boas músicas;
Alegria da Folia para se divertir!

Existem também Atividades Individuais em que uma equipa de voluntários da Alegria de Viver estará disponível através de:
Contactos telefónicos regulares;
Visitas ao domicílio; *Identificação e celebração de datas festivas;*
Realização de pequenas alegrias!
A Alegria de Viver fará de tudo para que não se sinta só, **esse é o nosso compromisso.**

As Atividades de Promoção do Bem-Estar fomentam a valorização pessoal, a autoestima e a inclusão social, com a oferta de uma rede de serviços para que possa cuidar de si. Junte-se a nós!



Anexo VII ANEXO II do Regulamento 428/ 2018
de 16 de julho

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	3.1.7 — Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. 3.1.8 — Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde. 3.1.9 — Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos Programas de Saúde.
4 — Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico Descritivo: A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.	
Unidades de competência	Crítérios de avaliação
4.1 — Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemografia.	4.1.1 — Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. 4.1.2 — Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemografia. 4.1.3 — Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. 4.1.4 — Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. 4.1.5 — Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. 4.1.6 — Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. 4.1.7 — Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. 4.1.8 — Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. 4.1.9 — Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

ANEXO II

**Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
Na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

1 — 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
 Descritivo:

Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	1.1.1 — Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades. 1.1.2 — Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma. 1.1.3 — Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde. 1.1.4 — Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde. 1.1.5 — Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.
1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	1.2.1 — Solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a, estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. 1.2.2 — Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal. 1.2.3 — Utiliza instrumentos de avaliação familiar. 1.2.4 — Identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões. 1.2.5 — Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente. 1.2.6 — Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.
1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	1.3.1 — Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão. 1.3.2 — Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. 1.3.3 — Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas. 1.3.4 — Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente.
1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	1.4.1 — Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
1.5 — Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	1.4.2 — Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. 1.4.3 — Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da enfermagem de saúde familiar. 1.4.4 — Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família. 1.4.5 — Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. 1.5.1 — Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. 1.5.2 — Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família. 1.5.3 — Codesenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde. 1.5.4 — Incorpora respostas comportamentais biopsicossociais físicas afetivos espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem. 1.5.5 — Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar. 1.5.6 — Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar. 1.5.7 — Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados. 1.5.8 — Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde
1.6 — Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.	1.6.1 — Encoraja a família a partilhar a sua história. 1.6.2 — Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança. 1.6.3 — Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. 1.6.4 — Identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança. 1.6.5 — Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.. 1.6.6 — Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos. 1.6.7 — Dá feedback à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes. 1.6.8 — Discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar. 1.6.9 — Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.
1.7 — Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	1.7.1 — Procura orientação a fim de melhorar a sua prática em enfermagem de saúde familiar. 1.7.2 — Avalia continuamente a sua prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o seu desempenho. 1.7.3 — Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados. 1.7.4 — Presta cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. 1.7.5 — Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. 1.7.6 — Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar. 1.7.7 — Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar.
1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	1.8.1 — Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados. 1.8.2 — Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares. 1.8.3 — Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

2 — Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Descritivo:

Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	2.1.1 — Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. 2.1.2 — Referencia a família para outros profissionais de saúde. 2.1.3 — Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais. 2.1.4 — Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	2.1.5 — Assegura processos de mentorado e coaching aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. 2.2.1 — Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar. 2.2.2 — Promove uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais. 2.2.3 — Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar. 2.2.4 — Cria e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção. 2.2.5 — Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família. 2.2.6 — Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

311459965

Regulamento n.º 429/2018

Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Preâmbulo

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar no seu artigo 40.º os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, os quais consistem nos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Para além disso, e ainda por força destas alterações, torna-se necessário definir um regime de compatibilização dos títulos de enfermeiros especialistas até aqui atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente quando perante a necessidade de revalidação do título.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas c), d) e f) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 3 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas i) e o) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido homologado

por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

Artigo 1.º**Objeto**

O presente regulamento define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

Artigo 2.º**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica são:

- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo I, sendo as mesmas aplicáveis relativamente aos títulos de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros até à entrada em vigor deste regulamento, nomeadamente em processos de recertificação de competências e avaliação de desempenho.

Artigo 3.º**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica**

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Anexo VIII ANEXOS I, II, III, IV do Regulamento 140/ 2019
de 6 de fevereiro

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Conscientiza a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, Paulo Águas.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea o) e g) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea w) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que o declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

CERTIFICADO

Certifica-se que Susana Barbosa participou no Webinar intitulado "**Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem**", realizado no dia 14 de novembro de 2022 com a duração de 4 horas e 30 minutos.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo X

**Webinar: Investigação na Prática Clínica do
Enfermeiro**

Certificado

Declara-se que **Susana Barbosa** participou no Webinar "Investigação na prática clínica do Enfermeiro" que decorreu no dia 16 de novembro de 2023, das 15h às 17h00.

Lisboa, 22 de novembro de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

Anexo XI

**Webinar: Psicogenealogia – como a família
influencia o nosso comportamento**



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Susana Barbosa

participou no Webinar “**Psicogenealogia: como a família influencia o nosso comportamento**” realizado no dia **8 de novembro de 2023**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado emitido automaticamente.



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Susana Barbosa

participou no Webinar “**Ansiedade Generalizada: o lugar das preocupações**” realizado no dia **23 de novembro de 2023**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Certificado emitido automaticamente.

**Anexo XIII Certificados de atividades realizadas no âmbito
do Estágio clínico/ Projeto de intervenção em
enfermagem**

Declaração

Declara-se que Susana Janeiro de Almeida Braga Barbosa realizou as seguintes atividades académicas na USF onde decorreu o estágio do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área De Enfermagem De Saúde Familiar, no âmbito do estágio clínico integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com especialização em Enfermagem de Saúde Familiar:

- Apresentação à equipa multidisciplinar do projeto de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar: **Autoperceção do Idadismo em Famílias Idosas - Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar;**
- Elaboração de um folheto informativo sobre o **idadismo**, destinado aos participantes da amostra;
- Produção de um vídeo educativo sobre o **idadismo**, exibido na sala de espera;
- Realização de uma sessão de apresentação à equipa de enfermagem sobre o tema: **Guia Rápido para Evitar o Idadismo na Comunicação;**
- Apresentação à equipa multidisciplinar dos resultados do projeto de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar: **Autoperceção do Idadismo em Famílias Idosas - Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar.**

19 de julho de 2024

Pl. Conselho Técnico
USF
DEPARTAMENTO
A FERNÃO MENDES PINTO, 1
1400-145 LISBOA
TEL: 21 303 90 90/1/2
FAX: 21 303 90 93



Apêndices

**Apêndice I Estudo de caso: “Cuidar de uma família
nuclear de migrantes”**

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar

Estágio – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Cuidar de uma Família Nuclear de Imigrantes
Perspetiva colaborativa, holística e antecipatória

Lisboa
Junho 2023

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar

Estágio – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Cuidar de uma Família Nuclear de Imigrantes
Perspetiva colaborativa, holística e antecipatória

Susana Janeiro de Almeida Braga Barbosa

Orientadoras:

Ana Paula Neves (Regente)

Maria Fátima Moreira Rodrigues (Professora Orientadora de Estágio)

Enfermeira Alexandra (Enfermeira Orientadora)

Enfermeira Teresa (Enfermeira Co-orientadora)

Lisboa
Junho 2023

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

APA	American Psychological Association
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GP	Grupo Profissional
IRS	Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar
PALOP	País Africano de Língua Oficial Portuguesa
PS	Políticas de Saúde
TCT	Teoria do Cuidado Transcultural
TT	Teoria das Transições
UC	Unidade Curricular
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

Introdução	6
1. Contextualização	8
2. Apreciação Familiar MDAIF	12
3. Plano de Cuidados de Enfermagem – MDAIF CIPE	20
Considerações Finais	23
Referências Bibliográficas	25
Apêndices.....	27
Apêndice 1 – Apreciação Família Moçamba MDAIF	28
Apêndice 2 –Ciclo de Vida Familiar Duvall.....	44
Apêndice 3 – Genograma Família “Moçamba”	46
Apêndice 4 – Mapa de Rede Social Família “Moçamba”	48
Apêndice 5 – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo EPDS	50
Apêndice 6 – Escala de Readaptação Social Holmes e Rahes	52
Apêndice 7 – Graffar Adaptado Família “Moçamba”	54
Apêndice 8 – Apgar Familiar de Smilkstein Família “Moçamba”	56
Apêndice 9 – Faces II Família “Moçamba”	58
Apêndice 10 – Guião Cultural Família “Moçamba”	62
Apêndice 11 – Esquema TT Família “Moçamba”	66
Apêndice 12 – Plano de Cuidados Família “Moçamba”	68
Apêndice 13 – Pontos Forte Fatores que podem influenciar o Bem Estar Familiar	80
Apêndice 14 – Alertas de Enfermagem	82
Apêndice 15 – Plano da Conferência Familiar	84
Apêndice 16 – Time line de interações com Família “Moçamba”	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Estrutural.....	12
Figura 2 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Desenvolvimento	14
Figura 3 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Funcional	17
Figura 4 – Esquema TT Afaf Meleis adaptado à Família “Moçamba”	19

Introdução

Este trabalho foi realizado no âmbito da UC "Estágio" no contexto de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O objetivo geral deste documento é apresentar um Estudo Caso de uma família imigrante da Guiné-Bissau de etnia Balanta (Família Morança¹ – nome fictício), constituída pelo Pai, Mãe, filho de 3 anos e recém-nascido, segundo uma abordagem sistemática e colaborativa e antecipatória. A escolha desta família é pertinente devido à complexidade da sua situação, que inclui serem imigrantes, uma cesariana recente, presença de infeção da sutura, readaptação dos papéis parentais e surgimento de um novo subsistema: fratria.

A relação de Portugal com a questão das migrações tem evoluído ao longo do tempo. De um país de emigração na União Europeia, Portugal passou a ser também um país de imigração. Em 2020 verificou-se novamente um aumento da população estrangeira residente em Portugal, trazendo novos desafios aos cuidados de saúde (Eurocid, 2020). Acompanhando esta tendência é fundamental que o enfermeiro desenvolva a “compreensão e a consciencialização para preservar a identidade multicultural e minimizar a imposição cultural”, “evitando (...) posições etnocêntricas que o possam libertar de preconceitos edificadas na cultura subjetiva e naqueles que a sociedade lhe possa impor” (Coutinho et al., 2017, pp. 1578, 1579) e proporcionando às populações migrantes transições saudáveis encarando-as como “dotadas de singularidades, necessitando prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo” (Costa, 2016, p. 138). Leininger desenvolveu a Teoria do Cuidado Transcultural (TCT) que enfatiza a importância do cuidado culturalmente congruente e Afaf Meleis a Teoria das Transições (TT) que sustenta a compreensão das transições vivenciadas por esta família, pelo que estas teorias serão o referencial teórico adotado.

A primeira parte deste documento será a contextualização desta família como imigrantes em Portugal influenciados pelas Políticas de Saúde (PS) e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). De seguida apresenta-se a apreciação familiar sustentada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Na terceira parte

¹ mo·ran·ça (do crioulo da Guiné-Bissau, talvez do português morar), nome feminino [Guiné-Bissau] Conjunto das habitações de um agregado familiar (ex.: viviam numa típica morança balanta). "morança", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/moran%C3%A7a> [consultado em 30-05-2023].

apresenta-se o plano de cuidados de enfermagem a esta família elaborado segundo SCLinico/CIPE. Por fim, a quarta e última parte será a conclusão com as considerações finais.

Os objetivos específicos deste trabalho incluem: 1) contextualizar a situação da família em transição; 2) avaliar a família com base em entrevista colaborativa, observação e instrumentos de avaliação e segundo o MDAIF; 3) elaborar um plano de cuidados de enfermagem à família segundo SCLinico/CIPE; 4) demonstrar o desenvolvimento de competências clínicas na gestão desta situação complexa em parceria com a família e outros profissionais da equipa; 5) cuidar da família ao longo do ciclo vital.

Este trabalho segue as normas da APA 7th e foi elaborado segundo o Guia Orientador para elaboração de Trabalhos escritos da ESEL. Tendo sido realizado de acordo com as minhas responsabilidades profissionais éticas e legais, nomeadamente segundo valores e normas deontológicas, promovendo na prática de cuidados a segurança, a privacidade e a dignidade da família (ESEL, 2022, p. 3 - B: unidade 1).

1. Contextualização

As desigualdades e iniquidades nos vários países do mundo geram diferentes necessidades de saúde das populações. A falta de assistência médica ou cuidados de saúde precários podem induzir ao movimento das populações e às migrações para países com sistemas de saúde mais desenvolvidos. A saúde é uma dimensão importante para a integração dos migrantes nas sociedades que os recebem, trazendo tanto desafios como oportunidades e envolvendo processos de integração e exclusão (Machado, 2007; Oliveira & Gomes, 2018).

A mudança de contexto cultural pode afetar o bem-estar físico e psicológico dos migrantes, mas a relação com os sistemas de saúde pode trazer vantagens, como na área da saúde materno-infantil (quando as sociedades de acolhimento estão mais desenvolvidas do que as de origem). Um inquérito realizado junto de migrantes guineenses em Portugal mostrou que estes sentem menos racismo nos hospitais e centros de saúde do que em outros contextos (Machado, 2007).

De acordo com o Observatório das Migrações, o acesso e a utilização dos cuidados de saúde pelas populações imigrantes são importantes indicadores de integração nas sociedades de acolhimento e fundamentais para a saúde e bem-estar dessas populações, sendo importante que se garanta a acessibilidade e se responda adequadamente às suas necessidades. No entanto, refere a mesma organização, existem estudos que têm mostrado que as populações imigrantes muitas vezes não são abrangidas, ou não são adequadamente abrangidas, pelos sistemas de saúde dos países de acolhimento (Observatório das Migrações, 2015). Este facto pode gradualmente tornar a população imigrante mais vulnerável à doença associada a situações económico-sociais desfavorecidas (piores condições de trabalho, habitação e alimentação, dificuldades linguísticas e culturais, e exposição a discriminação). Estes DSS afetam as desigualdades e disparidades na saúde, e intervir diretamente nos mesmos (combater a pobreza e exclusão social, melhorar o acesso a serviços de saúde com cuidados de qualidade), pode levar a maior equidade em saúde. No entanto, é importante compreender a saúde como um fenómeno complexo que reflete a diversidade causada por fatores externos e internos ao indivíduo em que os indicadores de saúde e doença são tanto causa como

consequência de Determinantes Estruturais (fatores legais, institucionais e administrativos), Sociais e Individuais da Saúde das populações (Oliveira & Gomes, 2018).

A Guiné-Bissau é um país com grande diversidade étnico-linguística (manjacos, papéis, balantas, felupes, fulas e mandingas), o que tem repercussões em vários aspetos da sociedade. A emigração para outros países baseia-se na procura de melhores condições de vida, fugir das condições precárias do país, sendo as razões principais: laboral e familiar, relacionadas com a pobreza e a incapacidade de ganhar ou produzir o suficiente para a subsistência. Apresentam, no entanto, desejo de regressar baseado em razões emocionais, familiares e culturais (Pereira, 2001). A escolha da TCT de Madeleine M. Leininger, justifica-se pela relevância do enquadramento teórico na atualidade, “visto que a transformação social avança para uma crescente diversidade cultural” (Brito et al., 2015, p. 129). Para fornecer cuidados culturalmente congruentes de enfermagem a uma família pertencente à etnia Balanta, é importante pesquisar e compreender a organização e os papéis de género desta sociedade. Os Balanta são um povo da Guiné-Bissau com uma tradição de solidariedade e organização horizontal, constituindo-se como uma sociedade gerontocrática dirigida pelo Conselho de Anciãos e pelo Conselho de Anciãs. Nesta sociedade, os papéis de género são distintos, mas à medida que se avança nas etapas de vida (bem definidas nesta etnia em termos de tarefas e responsabilidades para cada um dos sexos), a relevância dos papéis assemelha-se mais em termos de autoridade. A família Balanta é extensa e composta por pais, tios, sobrinhos e sobrinhas, com o pai sendo o chefe e representante direto dos antepassados. A modernidade trouxe um marco simbólico de igualdade de género e o direito à escolha entre homem e mulher no casamento. No entanto, as tradições na sociedade Balanta têm sido afetadas pelas imigrações dos jovens para a Europa em busca de melhores condições de vida. Os dois conselhos de anciões e anciãs mantêm alguma divisão de áreas temáticas, mas ambos têm autoridade na tomada de decisões na comunidade (Longna, 2019).

De acordo com os dados estatísticos recentes, a experiência imigratória portuguesa tem sido marcada por uma imigração em idade ativa e com motivações económicas e/ou laborais. Os trabalhadores imigrantes enfrentam maior vulnerabilidade e desemprego em contextos de crise e apresentam maiores riscos de pobreza, vivendo com maior privação material (Oliveira, 2023). Neste contexto, podemos entender que a família

“Moçamba” pode enfrentar desafios semelhantes aos enfrentados por outros imigrantes em Portugal, incluindo dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e discriminação, tal como aliás fomos encontrando nos dados que colhemos, como é exemplo da situação de partilha de habitação (redução dos custos individuais com o alojamento) que vai ao encontro dos dados portugueses que referem que 4 em cada 10 estrangeiros (37%) são proprietários de habitação (vs. 8 em cada 10 portugueses ou 78%) e 2 em cada 10 estrangeiros (19%) vivem em alojamentos sobrelotados (vs. 1 em cada 10 portugueses ou 8%) (Monteiro & Oliveira, 2021).

Este estudo de caso centrou-se numa família de imigrantes de primeira geração da Guiné-Bissau, de etnia Balanta, (S.r JT de 38 e Sra. M de 35 anos), do tipo Nuclear com filhos pequenos (JT Jr de 2 anos e 9 meses de idade e MT recém-nascido, com 5 dias de vida). Foi solicitado o apoio da equipa de enfermagem depois da puérpera ao 5º dia pós-cesariana apresentar útero pouco involuído e contraído, hemorragia vaginal aumentada e sangramento da ferida cirúrgica ainda com agrafes. Esta família, apresentou-se na UCSP com todos os elementos do agregado (Pai, Mãe, e os 2 filhos), com visível estado de preocupação. Esta apresentação coloca como hipótese sistémica uma união e coesão familiar. Nesta primeira abordagem e após avaliação de enfermagem (“puérpera de 35 anos com antecedentes de anemia hereditária e valores de hemoglobina pré-parto de 10,9 mg/dl e hematócrito 34% - sem controlo analítico pós-parto - no 5º dia pós-cesariana que apresentava sutura com agrafes repassada com sangue vivo - refeito penso com alginato hemostáticos e penso compressivo - útero pouco contraído com altura fundo do útero um dedo abaixo da cicatriz umbilical”) foi efetuada articulação interdisciplinar com a equipa do Hospital de referência (onde tinha ocorrido a cesariana) para gestão da continuidade dos cuidados de saúde (ESEL, 2022, p. 2 - A: ponto 9) e despiste atempado de complicações pós parto tardias, pois de acordo com bibliografia recente as complicações pós-cesariana, que podem incluir infeção, seroma ou hematoma, entre outras, afetam 3-15% dos casos. E ainda que a ausência de sutura subcutânea ou o uso de agrafes podem ser fatores de risco para deiscência da ferida cirúrgica, que ocorre em 2-7% dos casos. Estas complicações podem originar reinternamentos, dor e/ou ansiedade e levar a um impacto negativo na interação entre mãe e recém-nascido no período pós-parto crítico, influenciando a dinâmica familiar (Carbonnel et al., 2021).

A família a vivenciar múltiplas transições não parecia estar a conseguir ultrapassá-las sem o apoio da equipa. Pelo que o processo de cuidado centrado nesta família numa abordagem colaborativa e holística, tendo por referencial o MDAIF de Henriqueta Figueiredo, iniciou-se com a colheita de “dados pertinentes para o estado de saúde família”: identificando “a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar” o seu estado de saúde, integrando “informação adicional de várias fontes” , utilizando “instrumentos de avaliação familiar, incluindo as interações familiares” (contactos em consulta, entrevistas semiestruturadas, conferência familiar e visitas domiciliárias) onde se perceciona e retém os “pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida” (ESEL, 2022, p. 2). Esta informação foi elaborada e sistematizada segundo as dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcional (MDAIF) para melhor promover uma transição saudável nesta família (Ver apêndice 1 – “Apreciação da Família “Moçamba” | MDAIF”). Seguiu-se a elaboração colaborativa de diagnósticos de enfermagem facilitados pela apreciação familiar, e o planeamento de intervenções que contribuem para o desenvolvimento de competências para gerir as transições familiares (Ver apêndice 12 – Plano de Cuidados da Família “Moçamba” | SClínico/CIPE”).

A família compreendeu o âmbito deste trabalho académico, e o anonimato das informações prestadas assim como a possibilidade de a qualquer momento deixar de colaborar com o estudo sem prejuízo da qualidade dos cuidados prestados.

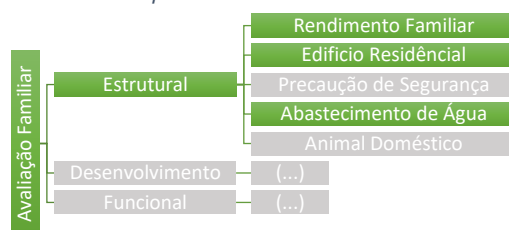
2. Apreciação Familiar | MDAIF

Como refere Sousa, no prefácio do livro de Henriqueta Figueiredo, “num tempo de abalo de alicerces sociais que suportam os indivíduos e famílias, (...) de reorganização dos serviços de saúde e da oferta dos cuidados (...)” enfrentei este estágio como um desafio às minhas capacidades e habilidades profissionais, num contexto novo para a minha vida profissional, e uma população com características distintas das que durante os meus 25 anos de trabalho me confrontei, reconhecendo no MDAIF um “referencial teórico e operativo” “impulsionador de uma visão sistémica das transições que os indivíduos vivenciam, (...) gerando dinâmicas familiares” (Figueiredo, 2012, pp. V-VI, XII).

Nas palavras de Rodrigues & Bernardo (2022) “(...) as famílias não se apresentam aos profissionais de saúde para serem avaliadas ou inquiridas, mas (...) quando enfrentam diferentes transições ou pretendem melhorar a saúde, o bem-estar e adotar um estilo de vida mais saudável”. Partindo de um pedido de ajuda concreto (hemorragia da sutura no 5º dia pós-cesariana) o elemento familiar índice (Sra. M) torna-se a porta de entrada para um cuidar holístico à família “Moçamba”, estabelecendo-se “uma relação com a família para a promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” abordando com disponibilidade e criatividade e respondendo às suas necessidades de acordo com os seus pontos de vista (ESEL, 2022, p. 2 - A: ponto 2).

Neste capítulo pretende-se apresentar uma análise multidimensional dos dados colhidos (e agregados no apêndice 1) de forma a permitir a identificação dos focos de atenção e a fundamentação das intervenções que se apresentam no capítulo seguinte. Partindo da matriz operativa do MDAIF, foram-se agregando os dados da família “Moçamba” utilizando ferramentas e estratégias consideradas pertinentes “visando tanto o conhecimento aprofundado (...) como a possibilidade de direcionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar (...)” (Figueiredo, 2012, p. 103).

Figura 1 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Estrutural



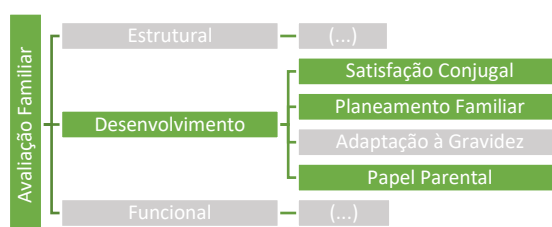
Fonte: MDAIF (Figueiredo, 2012, p. 104)

A avaliação da estrutura da família visa identificar a composição da mesma, os vínculos existentes com outros subsistemas e aspetos específicos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde, incluindo composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico.

A Família “Moçamba” é constituída pelo Pai – Sr JT (39 anos – profissão: segurança), a Mãe – Sra. M (35 anos: desempregada, no fundo de desemprego), o filho mais velho JT Jr (2 anos e 9 meses) e o filho recém-nascido MT (5 dias de vida quando estabelecemos o 1º contacto com a família). Constituem-se como um casal (em união de fato) formando uma família nuclear com 2 filhos. Apesar de ter praticamente toda a **Família Extensa** na Guiné-Bissau (ver Genograma – Apêndice 3), em Portugal está uma Tia (Materna) e a sua filha (que a Sra. M denomina como “sobrinha” que tem 21 anos) que participam na vida familiar, principalmente como ajuda de serviços (apoio com o JT Jr) mas também nas restantes vertentes (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos). Fica claro que o grande apoio emocional da Sra. M é a sua irmã (E) que vive na Guiné-Bissau e com quem mantém contacto telefónico numa base quase diária, muitas vezes com recurso a videochamada. O grande desejo da Sra. M (e segundo ela apoiado pelo companheiro, o Sr JT) é conseguir trazer a sua irmã para viver com a família em Portugal, mas a condição económica não o permite. Este é um dos aspetos que se identifica de forma colaborativa como foco de atenção na intervenção familiar (ver capítulo seguinte). Nos **sistemas mais amplos** a através da construção do Mapa de Rede Social (ver Apêndice 4) consegue-se perceber que a família utiliza mais recursos internos do que externos, podendo levantar como hipótese sistémica o risco que esta família tem de se desestruturar caso algo aconteça ao sistema conjugal, pelo que também se torna como foco de atenção. Em termos de **classe social** a família situa-se como **Classe Média Baixa – Grau 4** (ver Apêndice 7 – Graffar Adaptado). No entanto este foi um dos aspetos que, fruto do curto espaço de tempo de estágio, não foi possível averiguar em profundidade, nomeadamente o conhecimento sobre a gestão do rendimento. Apesar disso, a Sra. M pareceu sempre bem esclarecida quanto ao tipo de benefícios financeiros a solicitar à Segurança Social, tendo inclusivamente rodeado a questão da entrada do filho mais velho na creche com o facto do Centro de Emprego ter de assegurar essa entrada para que a

mãe possa frequentar os cursos propostos. E ainda que o “reembolso do IRS”, por sugestão do JT, iria para a conta poupança para o caso de mais tarde a Sra. M não conseguisse ficar empregada novamente e de ambos terem planeado (e realizado) que o dinheiro do abono familiar dos filhos iria para uma conta em nome deles (filhos) para poder ser um apoio no estudo no futuro (a Sra. M refere ainda que consegue enviar cerca de 50-100 euros todos os meses para a sua irmã E. O **Edifício Residencial** está bem localizado (junto a vários serviços, tais como transportes, UCSP, supermercado, café e farmácia, entre outros) e é relativamente moderno (por fora e dentro). Não foi possível abordar questões de segurança, mas a casa apresentava abastecimento de água da rede pública, eletricidade, e tratamento de águas residuais públicos. O único aspeto que gerou atenção (como veremos no próximo capítulo) foi o fato de terem os quartos subalugados a pessoas com quem não pareciam ter relações muito próximas (para poderem pagar a renda, como aliás já foi abordado antes neste documento). Apesar da família viver num só quarto, o quarto era amplo e com boa luz natural, tendo uma cama de casal, um berço e uma cama individual. As restantes divisórias comuns eram amplas e bem cuidadas, mas partilhadas pelos restantes coabitantes.

Figura 2 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Desenvolvimento



Fonte: MDAIF (Figueiredo, 2012, p. 104)

A família “Moçamba” é uma **Família Nuclear com Filhos Pequenos**, que se encontra na segunda etapa da classificação de Duvall (SClínico – Apêndice 2) e na terceira de McGoldrick. Este estágio do Ciclo de vida Familiar, apresenta como Processo Emocional de Transição a **Aceitação de Novos Membros**, as tarefas típicas deste estágio relacionam-se com: ajuste do sistema conjugal para criar espaço para os filhos, união nas tarefas de educação dos filhos, tarefas financeiras e domésticas (reajuste dos papéis funcionais desempenhados), realinhamento dos relacionamentos com a família (reajuste dos papéis parentais e fraternais) (Carter & McGoldrick, 2001). Esta família apresenta uma estrutura estável já que para o casal era importante ter filhos (a Sra. M teve o primeiro

filho aos 32 anos, quando a média em Portugal se situa nos 30,8²), já que quando saiu da Guiné-Bissau tinha sido diagnosticada com “cistos nos ovários” (sic) e informada de que nunca “poderia ter filhos” (sic), e para além disso, ter tido aos 31 anos um aborto espontâneo. Foi, portanto, com alegria que incluíram os filhos no seu sistema conjugal. No que diz respeito ao reajuste de papeis e tarefas, naturalmente isso aconteceu no sistema conjugal, pois pouco depois de engravidar a Sra. M foi despedida e ficou com acesso ao fundo de desemprego e por isso dedica-se mais às tarefas domésticas. No entanto, após o nascimento do 2º filho (o agora recém-nascido) o marido pôde gozar a licença parental e a Sra. M refere que agora é quase sempre ele que cozinha e que sai para o parque com o JT Jr o que demonstra a flexibilidade e interajuda que existe nesta família.

A **Satisfação Conjugal** do casal em estudo parece eficaz já que se sentem apoiados um pelo outro e que referem alguma complementaridade e flexibilidade na partilha de responsabilidades, com a Sra. M a referir que é mais rápida a encontrar soluções para os problemas, mas que quem as concretiza é o Sr JT. Existe alguma horizontalidade do poder o que poderá estar relacionada com a sua cultura (etnia Balanta – ver capítulo de contextualização). Apesar de ser habitualmente a Sra. M a responsável pelas tarefas domésticas, o Sr JT, agora em gozo de licença parental, tem substituído na confeção de refeições e na distração do filho mais velho. Referem ainda uma vida com poucos contatos sociais o que parece estar relacionado com experiências negativas anteriores de ambos com os grupos de amigos, mas parecem estar conformados com esta situação, embora a Sra. M refira que o JT Jr (agora quase com 3 anos) precisa de ir para a “escola” e dar-se mais com outras crianças (este é um aspeto que será foco de atenção adiante no plano de cuidados). A Sra. M refere que têm um ritual de comunicação em que ela expressa o seu desagrado por determinadas situações de forma não verbal e espera que o marido a questione para então conversarem sobre os assuntos. Acima de tudo a Sra. M é veemente com a questão do respeito entre ambos e até do respeito pelas crianças, relacionando a “obediência” com o respeito e não com a “submissão” entre o casal. Como hipótese sistémica poderemos entender a **dinâmica e a comunicação do casal** como

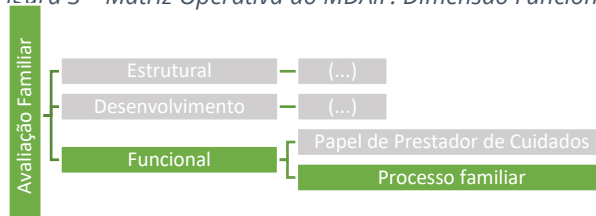
² <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805> (acedido a 30|5|2023)

eficaz e satisfatória. No entanto, apenas o tempo de convivência e prestação continuada de cuidados com a família poderia validar, ou não esta hipótese, pois grande parte da informação é fornecida pela Sra. M (elemento índice) e porque ficaram por explorar outros aspetos importantes para a satisfação do casal como a interação e função sexual. No que diz respeito ao **Planeamento Familiar**, entendido como um “processo de tomada de decisão do casal relativamente à regulação do número de filhos e espaçamento entre os mesmos”(Figueiredo, 2012, p. 81), seria também um aspeto a aprofundar com o casal, já que ambos os filhos não foram planeados, mas desejados, pois a Sra. M acreditava não poder engravidar. E numa primeira sensação o casal não parece estar na posse de conhecimento acerca a reprodução e fertilidade, utilizando mais facilmente o método “natural” como contraceção assim como a abstinência (principalmente após os partos – cerca de 2 anos). Seria necessário compreendermos as suas crenças e valores acerca desta temática, mas considerarmos importante reforçar a importância do espaçamento das gravidezes uma vez que esta foi a segunda cesariana da Sra. M em menos de 3 anos. A importância dada a esta “Definição”, e respetivas “dimensões operativas” pelo casal está mais relacionada com a vigilância da gravidez do que com a fase que a antecede, pelo que sentimos, também necessidade de abordar a questão da sua anemia hereditária e as consequências desta condição para si e para a conceção. Seria, também, outro aspeto a aprofundar. De qualquer forma podemos levantar como hipótese sistémica uma **Adaptação à Gravidez** relativamente **Adequada** pois demonstraram conhecimento sobre os direitos sociais relacionados com gravidezes e maternidade/parentalidade assim como outros e, aparentemente, só a dificuldade de acesso relacionado com a ausência de médico de família é que impediu alguns comportamentos de adesão, como por exemplo a frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade.

No que diz respeito ao **Papel Parental**, o casal apresenta algumas questões e interesse pela compreensão mais aprofundada pelas “categorias avaliativas do conhecimento do papel” relacionada com a etapa II (família com filhos pequenos) referida no MDAIF. Aparentemente a vivência com o primeiro filho (agora com quase 3 anos) permitiu a avaliação das escolhas efetuadas no passado e promove, agora, uma reavaliação e ponderação de algumas escolhas diferentes parecendo que para isso sentem necessitar de mais informações, como é o caso de escolha de creche ao invés de

“Ama” já que não a sentiram como uma escolha que beneficiasse o filho, não a querendo, portanto, repetir. Foram (principalmente na conferência família³ realizada no domicílio – ver Apêndice 15) sendo discutidos alguns aspetos despoletados pelas suas questões, mas mais intervenções serão necessárias nesta temática. Também será necessária mais continuidade dos cuidados prestados para uma adequada avaliação das “categorias avaliativas dos comportamentos de adesão”. No entanto como a principal “queixa” do casal estava relacionada com as “birras” e “maus comportamentos sociais” do JT Jr (inclusivamente tinham deixado de frequentar a Igreja pois o filho subia para o “altar e começava a dançar”) foi esse o principal foco de atenção no planeamento de cuidados à família como veremos no próximo capítulo). (Figueiredo, 2012, pp. 86–91). Embora aparentemente existisse **consenso** nos papéis desempenhados e não houvesse **conflitos**, a equipa ficou atenta a uma eventual **saturação** do papel parental, relacionada com a expressão por parte da Sra. M de falta de “energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo”, o que poderá estar relacionado com; 1) idade desafiante do JT Jr (autonomia vs vergonha/dúvida) e/ou 2) acréscimo de cuidados com o recém-nascido; e/ou 3) recuperação física e psicológica⁴ associada ao pós-parto e cirurgia (eventualmente agravada pela anemia hereditária, uma vez que não existe controlo analítico após a cesariana);e/ou 4) fim da licença de parentalidade e regresso ao trabalho do Sr. JT e consequente diminuição do apoio e divisão de tarefas domésticas e parentais. Também o novo subsistema (**fratria**) exigiu e exigirá um olhar mais atento para promover uma transição saudável de filho único para ter que “dividir os pais”, e manter uma adequada dinâmica familiar.

Figura 3 – Matriz Operativa do MDAIF: Dimensão Funcional



Fonte: MDAIF (Figueiredo, 2012, p. 104)

³ “A conferência familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família, que deve sempre respeitar” objetivos e plano previamente “acordados entre os profissionais presentes” e família e em que, “para além da partilha da informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família” (Neto, 2003)

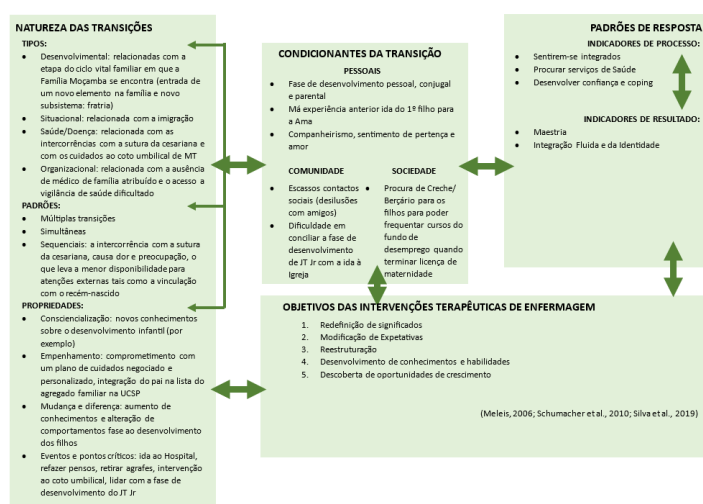
⁴ Foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) que deu um score 8 que não indica probabilidade de depressão (ver Apêndice 5)

A Avaliação Familiar na **Dimensão Estrutural**, refere-se essencialmente “aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho de funções e tarefas (...) a partir do funcionamento complementar que sustenta o sistema e, “dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades” (Figueiredo, 2012, p. 91). O **Processo Familiar** destaca as interações familiares (ver Apêndice 6 – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que relaciona os eventos de vida ocorridos há um ano com o stress e a doença, e que no caso do casal “Moçamba” se encontra abaixo do valor mínimo (150) que indica menor probabilidade de ocorrência de doença física ou mental). Nesta etapa no curto espaço de tempo em que decorreu o estágio, e no que diz respeito à **Comunicação Familiar**, considerámos relevante a **Comunicação Emocional** que a Sra. M estabelecia primordialmente com a sua irmã (E) que ainda habita na Guiné-Bissau. Teria de ser averiguado se esta dinâmica se relaciona apenas com o fato de a irmã ser o seu elemento de referencia emocional, ou se não encontra suporte emocional mais perto de si, já que é com visível emoção que fala nesta relação fortemente emocional, quase como sendo a sua única hipótese de expressar os seus sentimentos. O **Coping Familiar** atualmente Eficaz poderá ter risco de se tornar Não Eficaz, já que a família recorre a escassos recursos externos na resolução de problemas, assim como as experiências anteriores (do Sr JT que sentiu que um amigo o prejudicou em questões laborais, assim como da Sra. M que sentiu-se não apoiada aquando do “despejo” de casa quando o JT Jr tinha apenas 1 ano e em pleno inverno) que tiveram como consequência uma desconfiança constante nas relações sociais e uma concentração nos recursos internos do casal para a resolução de problemas, o que até aqui tem sido uma experiência satisfatória para ambos. No entanto a equipa considera que a rede de apoio é escassa e há risco de Coping Familiar Não eficaz. Por outro lado na **Interação de Papéis Familiares** apesar de haver alguma permeabilidade e flexibilidade no desempenho dos vários papéis descritos no MDAIF (Figueiredo, 2012, p. 98), o fato de pertencerem grau 4 – Classe Média Baixa (Graffar Adaptado -Apêndice 7), e de poder haver alguma acumulação de papéis por parte da Sra. M (por estar em casa no fundo de desemprego e ainda não ter conseguido creche/berçário para os filhos), poderá existir Risco de Processo Familiar Disfuncional relacionado com Interação de papéis Não Eficaz. Foram aplicados o Apgar Familiar de Smilkstein (ver Apêndice 8) e o Faces II (ver Apêndice 9), para ajudar o conhecimento globalizante da relação dinâmica do casal “Moçamba”, no que diz respeito a “partilha de

responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis” (Figueiredo, 2012, p. 99). Os scores e respectivos significados vieram validar a nossa hipótese sistêmica acerca desta família, com o primeiro instrumento a indicar que a família é **Altamente Funcional**, embora os resultados da Sra. M sejam inferiores aos do Sr JT e se encontrem no limite inferior desta categoria aproximando-se mais da categoria “família com moderada disfunção”, mas que na nossa opinião a diferença poderá estar relacionada com a forte ligação emocional com a Irmã E a dificuldade em viver longe dela. Já o segundo instrumento dá como indicação uma família **Ligada** (em termos de coesão), **Flexível** (em termos de adaptabilidade) e um tipo de família **Equilibrada**. No entanto foi nossa percepção que por a família não ter muitos outputs (de familiares e amigos) poderá ter menos adaptabilidade do que a que o instrumento reflete já que as redes sociais são necessárias para a estabilidade da família. No que diz respeito às **Crenças**, foi construindo um guião orientador para uma entrevista semiestruturada com vista a favorecer a prestação de cuidados culturalmente congruentes (ver Apêndice 10) e que permitiu essencialmente um aumento da confiança da Sra. M na equipa de saúde, e o início da colheita de dados relacionados com esta dimensão operativa do Processo Familiar tão importante no caso das populações imigrantes. Foi um caminho iniciado, mas que ainda terá de ser continuamente percorrido.

Através da apreciação da família (Apêndice 1) e da análise da mesma realizada até este momento completou-se o esquema da TT de Afaf Meleis (para melhor visualização consultar Apêndice 11) que facilita um raciocínio para o apoio da promoção da transição saudável movendo a família na direção da saúde e afastando-a da vulnerabilidade e do risco (Schumacher et al., 2010, pp. 130, 132)

Figura 4 – Esquema TT | Afaf Meleis adaptado à Família “Moçamba”



3. Plano de Cuidados de Enfermagem – MDAIF | CIPE

A TT é fundamental para apoiar as famílias a atingir resultados saudáveis após períodos de mudança. No presente estudo surgiram principalmente quatro tipos de transições relevantes: Desenvolvimental, Situacional, Saúde-doença e Organizacional (ver figura 4 ou Apêndice 11). Essas transições ocorreram de forma simultânea a nível individual, diádico e familiar e levaram a mudanças de comportamento e à obtenção de controle diante das situações ao encontrar significados e novos conhecimentos/habilidades. O objetivo é que as famílias vivenciem transições saudáveis como domínio de comportamentos, sentimentos e sinais associados aos novos papéis e não “Transições insalubres ou ineficazes que movem o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco” ou “Insuficiência do papel caracterizada por dificuldade para desempenhar um papel”. Assim a TT, com os seus conceitos e esquema, apoia o planeamento de intervenções que facilitam o progresso das famílias no alcance de transições saudáveis (Costa, 2016).

Para evitar instabilidade durante as transições, é necessário levar em consideração padrões de respostas em vez de respostas individuais e reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade, mas, e especificamente no caso presente, prestar um cuidado culturalmente congruente. No caso desta família imigrante de primeira geração com dois filhos, é importante levar em consideração a sua natureza, formação e vivência em sociedade ao planear os cuidados. A teoria de Leininger aponta contributos aos padrões atuais da Enfermagem fundamentados na transição multiparadigmática da saúde, permitindo a adaptação, distinção e adequação dos cuidados e da diversidade de respostas centradas no ser humano (Carbonnel et al., 2021, p. 144).

Os fundamentos teóricos evitam ações “fragmentada, alienada e tecnicista” oferecendo “um suporte no qual a prática se desvelará em diversas possibilidades, seja para colher dados, diagnosticar, planear, implementar ou avaliar os cuidados de Enfermagem” (Carbonnel et al., 2021, p. 142). Assim foi elaborado de forma personalizada e colaborativa o plano de cuidados apresentando em Apêndice (ver Apêndice 12).

O desenvolvimento da prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica (ESEL, 2022, p. 2 - A: ponto 4) foi uma preocupação constante que obrigou a

várias pesquisas e estudos e favoreceu a monitorização das respostas a “diferentes condições de saúde e de doença”, nas situações complexas vivenciadas pela família “Moçamba” (ESEL, 2022, p. 2 - A: ponto 3) e a intervir de “forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar” desta família, facilitando as suas respostas (ESEL, 2022, p. 2 A: pontos 5 e 6). A preocupação inicial, prendeu-se mais com a questão da ferida cirúrgica, em que através do SClínico (“Tratamento de Feridas/Úlceras”) se levantou o foco de “Dor”, “Ferida Cirúrgica” e no caso do coto umbilical do MT a “Queimadura”. Daí resultaram intervenções ao nível da monitorização (da dor) e da avaliação (da ferida cirúrgica e queimadura) assim como a realização dos tratamentos inerentes. Os Focos relacionados com “Saúde Familiar” do SClínico também foram levantados e foram sobreponíveis ao levantados em apêndice (12). Foram também trabalhados os “Programas Nacionais de Planeamento Familiar, Puerpério e Saúde Infantil” no sentido de manter a continuidade dos cuidados prestados a esta família mesmo após o estágio académico e a formalizar a “monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (ver exemplo de alertas de enfermagem em Apêndice 14) (ESEL, 2022, p. 2 A: ponto 8).

As estratégias adotadas na abordagem ao elemento índice (Sra. M) e à família, centraram-se “na relevância dos processos de comunicação” através de métodos tais como: **redefinição** de forma a permitir diferentes perceções, **conotação positiva** encontrando novos significados para acontecimentos, **metáforas** que com a ajuda das informações prestadas pela Sra. M (a nível do seu passado e da sua cultura de origem) permitiram fazer a ligação entre os conhecimentos científicos e a forma de pensar da família. Foram sendo levantadas hipóteses sistémicas que com mais tempo se teriam validado ou feito surgir novas, em que a minha postura procurou ser neutra, imparcial, mas imbuída de curiosidade “face à realidade de cada membro da família” tendo em atenção os princípios norteadores da “abordagem terapêutica em terapia familiar”: co construção, relacionamento, significado, valores, ação e “ênfase nas potencialidades visando a ampliação das possíveis realidades futuras” (Figueiredo, 2012, pp. 8–11).

Sem dúvida que a identificação dos **Pontos Fortes** e **Fatores que poderiam influenciar o bem-estar familiar** (ver Apêndice 13) foram norteadores da minha ação. E o fato de ter validado e potencializado a experiência e conhecimentos anteriores que a Sra. M teve na Guiné-Bissau como “agente comunitária” foram os grandes

impulsionadores da minha relação terapêutica com a família e do empoderamento deste elemento da família. Foi também, essencial a articulação com a equipa hospitalar para despiste de complicações puerperais, assim como com a equipa médica para complementar o diagnóstico de enfermagem de infeção da sutura com recurso a antibioterapia, assim como a articulação com o secretariado na marcação das consultas de vigilância infantil e pós-parto assim como para a transferência do processo do pai e agregação da família na mesma UCSP (ESEL, 2022, p. 2 A: ponto 9). Poderia ter sido mais pró-ativa no apoio à procura de estruturas na comunidade (creche/berçário).

Assim posso garantir que existiram ganhos em saúde decorrentes das nossas intervenções com a família, sendo alguns os seguintes: maior empoderamento e diminuição da ansiedade da Sra. M (prestadora de cuidados de saúde familiares), comprometimento com a adesão à vacinação por parte do Sr JT, tratamento da infeção da sutura da cesariana, evitar a infeção do coto umbilical do MT, aumento de conhecimento e novas estratégias mais adequadas ao desenvolvimento de JT Jr por parte dos pais (maior compreensão das tentativas de autonomia aliadas a regras estruturantes), entre outras. Também se aumentou a confiança nos serviços de saúde e promoveu a sua procura por parte desta família e se contribuiu para a continuidade dos cuidados à mesma após o término deste momento académico. Ficou por isso garantida a “melhoria contínua da qualidade”, e a “gestão dos cuidados” (ESEL, 2022, p. 3 - B: pontos 2 e 3)

Considerações Finais

As projeções demográficas indicam que os países da União Europeia, especialmente Portugal, continuarão a precisar de imigrantes e saldos migratórios positivos nas próximas décadas para reforçar a natalidade, a população ativa e atenuar o peso dos grupos etários mais velhos. Os sistemas de saúde precisam de se adaptar à diversidade cultural e de origens da população residente e enfrentar novos desafios para promover a equidade em saúde. A saúde das populações migrantes é afetada por vários Determinantes, incluindo Estruturais (leis e políticas de saúde), Sociais (emprego, habitação) e Individuais (idade, sexo, país de origem), que podem afetar o acesso e uso dos serviços de saúde pelos imigrantes, ou influenciar a procura e utilização de cuidados de saúde. Os imigrantes podem ainda enfrentar barreiras no acesso aos serviços de saúde devido a constrangimentos legais e administrativos, qualidade dos serviços prestados e dificuldades linguísticas e culturais. É importante reconhecer estes desafios para promover a equidade em saúde para as populações migrantes. (Machado, 2007).

Considero que atingi os objetivos a que me propus neste trabalho, podendo assim afirmar que este estágio foi ao encontro dos objetivos da UC “Estágio | UCSP” tendo desenvolvido “um conjunto de competências clínicas” que me permitiram “prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar gerindo situações de especial complexidade em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar” , fundamentando a minha prática clínica nos quadros de referencia na TT de Afaf Meleis e na TCT de Leininger e “assegurando a qualidade dos cuidados prestados e continuidade” dos mesmos (ESEL, 2023, p. 4).

De forma consciente enquanto pessoa e enfermeira, responsabilizei-me por ser facilitadora de aprendizagem, em contexto de trabalho tendo adquirido e desenvolvido as minhas aprendizagens profissionais (ESEL, 2022, p. 3 - B: ponto 4). De acordo com o que fui demonstrando neste documento e de acordo com os critérios de avaliação propostos pela ESEL, que se relacionam diretamente com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar explanadas no Regulamento 428/2018 de 16 de julho (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista explanadas no

Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2019), considero que realizei um estágio Excelente, marcando a diferença enquanto enfermeira de família e elemento da equipa da UCSP.

Referências Bibliográficas

- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). Intervenções De Enfermagem Culturalmente Congruentes Em Imigrantes. *Revista Da Ullips*, 3, 59–70.
- Carbonnel, M., Brot, D., Benedetti, C., Kennel, T., Murtada, R., Revaux, A., & Ayoubi, J.-M. (2021). Risks factors FOR wound complications after cesarean section. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(7), 12.
<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101987>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. In *As mudanças no ciclo de vida familiar* (p. 7/29).
http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_34_ww.pdf
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145.
<https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2017). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. *Atas CIAQ 2017*, 2, 1578–1587.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>
- ESEL. (2022). *Instrumento de Avaliação da UC Estágio: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados*.
- ESEL. (2023). *Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio 1º Ano - 2º Semestre* (p. 19).
- Eurocid. (2020). *Imigração e emigração em Portugal*. Centro de Informação Europeia Jacques Delors. <https://eurocid.mne.gov.pt/artigos/imigracao-e-emigracao-em-portugal>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Sabooks Editora.
- longna, A. N. (2019). O Casamento na Etnia Balanta: Tradição e Modernidade. In *Monografia*. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
- Machado, F. L. (2007). Migrações , saúde e doença – que investigação em Portugal ? In ACIDI (Ed.), *Revista Migrações* (pp. 201–203).
- Monteiro, R., & Oliveira, C. R. (2021). *Números de Imigração em Portugal*. Infografias Da Imigração, Observatório Das Migrações. <https://www.om.acm.gov.pt/-/infografia-om-numeros-da-imigracao-em-portugal>
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(1), 68–74.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v19i1.9906>
- Observatório das Migrações. (2015). *1. Estudos sobre imigração e saúde*.
<https://www.om.acm.gov.pt/-/1--5>
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Migrações e saúde em números: o caso português* (Alto

Comissariado para as Migrações (ed.)). <https://www.om.acm.gov.pt/-/caderno-estatistico-om-2-migracoes-e-saude-em-numeros-o-caso-portugue-2>

Oliveira, C. R. de. (2023). *Estatísticas de Bolso da imigração*. Observatório da Migrações, ACM, IP.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018. *Diário Da República*, 2ª série(135), 19354–19356. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário Da República*, 2º série(26), 4744–4750.

Pereira, I. (2001). *Saúde e condições de vida dos imigrantes guineenses em Portugal* [Universidade de São Paulo]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-25032020-132744/en.php>

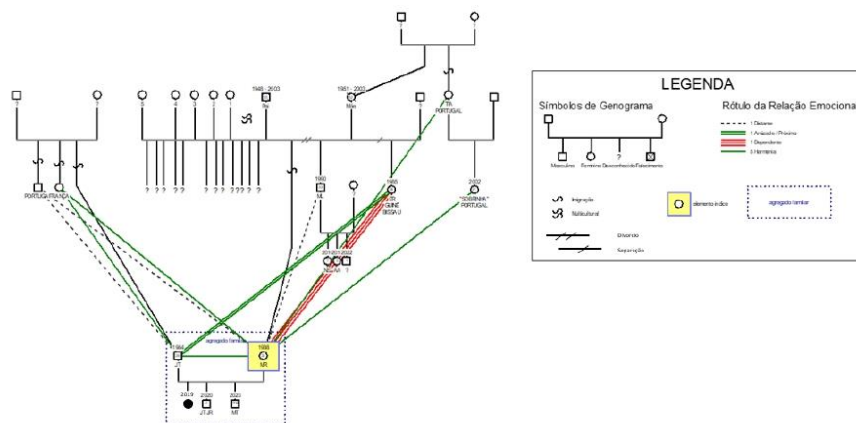
Rodrigues, F. M., & Bernardo, D. C. do E. S. (2022). Cuidar de uma Família nos Processos de Transição. In *Os diferentes estudos no contexto da enfermagem*. Editora Reflexão Acadêmica. <https://doi.org/10.51497/reflex.0000500>

A - DIMENSÃO ESTRUTURAL

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Genograma

GENOGRAMA

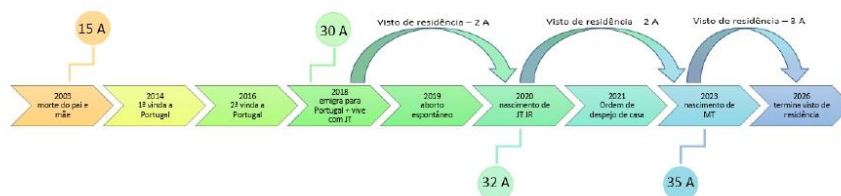


Enfª Susana Barbosa

23/05/2023

Linha de vida de Medalie

LINHA DE VIDA DE MEDALIE (perspetiva da Sra. M)



Enfª Susana Barbosa

23/05/2023

TIPO DE FAMÍLIA

Nuclear com filhos

TIPO DE FAMÍLIA - SClínico

Habitação	Grafiar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
☐ Unitária - Só 1 elemento ☐ Monoparental - Só pai ou mãe e filhos ☐ Alargada - Avós, pais e filhos ☐ Reconstruída - Nova união após reformulação ☒ Nuclear - Casal com ou sem filhos ☐ Outras					
Enfª Susana Barbosa 29/05/2023					

CICLO VITAL FAMILIAR DE DUVALL (SClínico)

CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL- SClínico

Habitação	Grafiar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho) ☒ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos) ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) ☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos) ☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores) ☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family") ☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest") ☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)					
Enfª Susana Barbosa 29/05/2023					

FAMÍLIA EXTENSA - Tipo de contato

Sra. M - Pessoal - com tia e sobrinha (21 anos) – semanal - competências sociais + ajuda de serviços (babysitting)

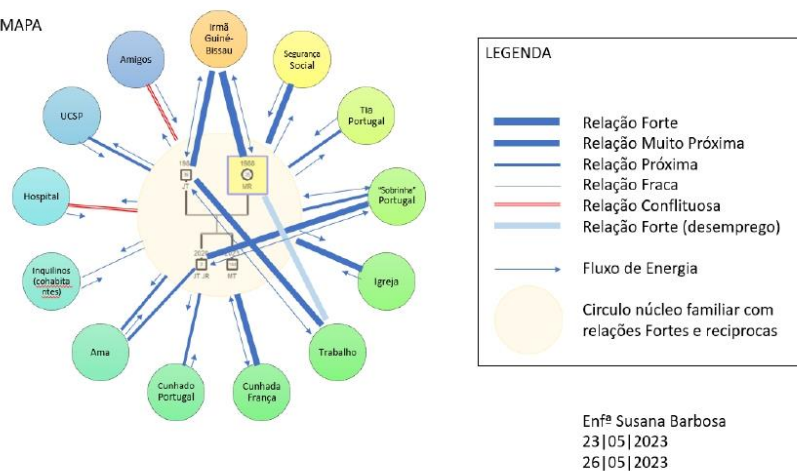
Sra. M - Telefónico - com a irmã – diário - companhia social + apoio emocional + guia cognitivo e conselhos

Sr. JT - Telefónico – irmã - uma vez mês - companhia social + guia cognitivo e conselhos

SISTEMAS MAIS AMPLOS

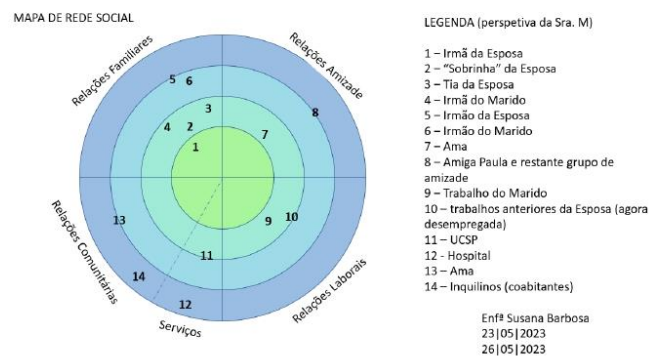
Ecomapa

ECOMAPA



A esposa na Guiné-Bissau fez um curso da ONU (ONG Vida) de “agente comunitário” de 21 dias, onde ficava responsável pela vigilância e apoio a famílias: (mochila, material e medicamentos básicos) – vigilância + primeiros socorros/medicação sintomática e encaminhamento dos casos mais graves

Mapa de Rede Social



Observações:

Aparentemente sem atividades de lazer e cultura ou muito poucas

apenas idas ao parque com os filhos

na primeira festa de aniversário do JT JR (1 ano) houve festa com amigos e família

B - DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

ETAPA DO CICLO FAMILIAR

família com filhos pequenos satisfação conjugal; planeamento familiar; papel parental

Escala de Depressão Pós Parto Edimburgo (EPDS)

[illegible]

Sra. M refere que não lhe faz sentido falar com psicólogos, pois “os problemas falam-se em família”. Mais com a irmã. Chora muito ao telefone com ela (faz muitas videochamadas e chamadas, numa base diária) e também sozinha, mas depois “lavo a cara e fica tudo bem, é só para desabafar”

ESQUEMA VACINAL ATRASADO DO SR. JT (que se encontra noutra UCSP por ter anteriormente outra morada, após conversa com a família e nos termos apercebido que não só gostariam de estar na mesma UCSP – mas não sabiam como proceder e pensavam que era difícil ou até mesmo impossível – e que queriam atualizar o esquema vacinal – procedeu-se à transferência do processo com o apoio do secretariado e agendou-se vacinação para o dia 12/6, altura em que o MT volta para reavaliação de desenvolvimento/peso/reavaliação de cicatrização de coto umbilical)

Vaccina contra	1 ^a
Hepatite B	
Sifilisa	16.05.1904
Tifano	16.05.1904
Tosse convulsiva (perussio)	
Saccharophilus influenzae	
Calmette-Guérin	
Ch. pneumonococcica (conjugata)	
Ch. meningococcica (serogrupo II)	
Ch. meningococcica (serogrupo C)	
Polio annesso	18.03.2002

SATISFAÇÃO CONJUGAL

RELAÇÃO DINÂMICA

- Divisão do trabalho – sim
- Tempo juntos – sim
- Expressão de sentimentos – sim

COMUNICAÇÃO

- expectativas e receios – sim

as “traições” dos amigos fez com que ficassem desconfiados e mais virados para “dentro”; (esposo com colega de trabalho – despedimento); (esposa com amiga - despejo de casa)

a vinda da irmã para Portugal para ficar em casa do casal (esposa: “é o que eu mais quero e vou conseguir”; “o meu marido e a minha irmã dão-se muito bem, nem parecem cunhados parecem mais primos ou irmãos”)

- acordo após discordância – sim

“estamos juntos desde 2018 e nunca discutimos”; “falamos e concordamos”; “eu digo coisas e ele concorda porque sabe que estou certa”; “eu sou mais rápida a decidir”; “queremos o mesmo: ter saúde para nós e bom futuro para os filhos”

- padrão de comunicação do casal – sim

“o meu marido só não sabe esperar, de resto não se chateia com nada, é muito calmo, não fuma, não bebe, nem sequer sumos só ice tea”; “eu, quando se passa alguma coisa que não gosto e não dá para falar, vê-se logo na cara, e depois ele pergunta o que se passa e falamos, fica tudo resolvido na hora”

INTERAÇÃO SEXUAL/FUNÇÃO SEXUAL

não abordada diretamente

esposa refere que tinha muitas dores menstruais na GB, mas desde que está com o marido nunca mais teve nada

refere que não precisa de pílula porque o marido a respeita e tão cedo não vai procurar, no entanto levou a pílula e procurou saber como se tomava (“o meu marido quando saiu da

consulta, perguntou porque é que me estavam a dar os comprimidos se ele tão cedo não se ia chegar perto. Eu ri-me e perguntei-lhe porque é que não tinha dito isso na consulta, mas nós não gostamos de falar destas coisas, temos vergonha”)

PLANEAMENTO FAMILIAR

FERTILIDADE

não planeiam mais filhos, estes não foram planeados, mas foram desejados

Na GB “disseram-me que não podia ter filhos, porque tinha cistos nos ovários, disseram isto quando eu tinha aquelas dores do período”; “quando não aguentei a primeira gravidez pensei que eles tinham razão”; “fiquei muito contente por ter estes 2 filhos, nem queria menino ou menina queria só que tivessem saúde”

sem alteração da fertilidade

CONHECIMENTO SOBRE VIGILÂNCIA PRÉ CONCECIONAL

sim: pílula; implante; preservativos

A PLANEAR

Reforço das implicações de múltiplas cesarianas sem espaçamento adequado

Explicar contraceção de emergência: “pílula do dia seguinte”

USO DE CONTRACETIVO

Atualmente não, método natural, mas para já abstinência

já tem a “azalia” para quando for preciso (“mas vai demorar muito tempo”)

A PLANEAR

Já alguma vez tinha tomado a pílula ou colocado implante? Como é que correu?

Conhece a “pílula do dia seguinte”?

CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO

A PLANEAR

Averiguar Conhecimento sobre espaçamento adequado de gravidez após cesariana

ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ

CONHECIMENTO/COMUNICAÇÃO/COMPORTAMENTO DE ADESSÃO

Eficaz

Refere que por “não ter médico de família não fui ao curso de preparação para o parto”

A PLANEAR:

Como se preparou ?

PAPEL PARENTAL - FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS (RECÉM NASCIDO)

CONHECIMENTO

Coto umbilical – ensinos

Conhecimentos

Habilidades

Vigilância de saúde Infantil – valoriza mais o esquema vacinal ou a doença aguda

A PLANEAR

Conhecimento das Competências do recém-nascido - falar do livro para acompanhar as competências do recém nascido nas idades chave

PAPEL PARENTAL - FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS (RECÉM NASCIDO - INFÂNCIA ESCOLAR)

CONHECIMENTO

A PLANEAR:

Conhecimento sobre padrão alimentar

Conhecimento sobre sono e repouso

Conhecimento sobre higiene

Refere que o JT Jr efetua higiene oral 2 x dia – **averiguar a técnica**

Conhecimento técnica de lavagem dos dentes

cáries - cheque dentista – recebeu ? utilizou ?

lazer – “levo os meninos ao parque todos os dias”; “o JT Jr brinca com os outros meninos e nunca quer vir embora”

Conhecimento sobre esquema vacinal - como consultar o livro

socialização – “antes andava na ama, mas agora queria que fosse para a creche, o JT Jr só se dá com adultos, e isso não é bom para ele”; “a ama não foi boa para ele, emagreceu muito, eram mais de 10 crianças com ela e ela não podia dar atenção a todos, só agora é que está a engordar aqui ao pé de mim”

desenvolvimento - ver livro: birras, ciúmes, rivalidades, brincar, desenhar, criatividade, descoberta do sexo – na conferência familiar explicada a etapa de desenvolvimento do JT Jr (autonomia vs vergonha/dúvida) e necessidade de compreensão associada a regras estruturantes (sentiam mais problemas em relação à recusa de alimentos – foram discutidas e sugeridas estratégias para ultrapassar o problema que segundo os mesmos iriam experimentar “para ver se resultavam” – exº deixar não comer uma refeição e só voltar a oferecer alimentos na próxima refeição)

Regras – “é mais o pai que ele obedece”; “mas também dá mimos”; “mas eu dou mais mimos”

PAPEL PARENTAL – FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS - COMPORTAMENTO DE ADESSÃO

sim, mas só até aos 6 meses, depois passa a ser só vacinação e em caso de doença aguda

menos lazer e socialização

consenso – sim

conflitos - não

saturação – não (“se estivesse na minha “Terra”, não tinha que fazer nada enquanto o bebé fosse pequenino !!, faziam tudo por mim !!”)

C - DIMENSÃO FUNCIONAL

(membro da família dependente)

PROCESSO FAMILIAR

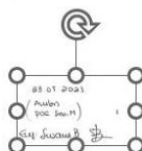
ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

esposa: (8) 47 + (14) 39 + (29) 24 + (38) 16 = 126

marido: (14) 39 + (26) 26 + (29) 24 + (38) 16 + (41) 13 = 118

N.º	ACONTECIMENTO	Valor	Médo
1	Morte de cônjuge	100	
2	Divórcio	73	
3	Seperação conjugal	65	
4	Saída da escola	63	
5	Morte de um familiar próximo	53	
6	Acidente ou doença grave	53	
7	Casamento	50	
8	Desemprego	47	
9	Reconciliação conjugal	45	
10	Refúgio	44	
11	Doença grave de família	43	
12	Gravidez	40	
13	Problemas sexuais	39	
14	Aumento do agerado familiar	39	2°
15	Readaptação profissional	39	
16	Mudança da situação económica	38	
17	Morte de um amigo íntimo	37	
18	Mudança no tipo de trabalho	36	
19	Alteração n.º de filhos com cônjuge	35	
20	Contrair uma grande empréstimo	31	
21	Alterar de fazer um grande empréstimo	30	
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29	
23	Filho que abandona a lei	29	
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29	
25	Adoptar um novo estilo de vida	27	
26	Cônjuge que inicia nova carreira	26	3°
27	Início ou fim de escolaridade	26	
28	Mudança nas condições de vida	25	
29	Alteração dos hábitos pessoais	24	2°
30	Problemas com o pai	23	
31	Mudança de condições no trabalho	23	
32	Mudança de residência	20	
33	Mudança de escola	19	
34	Mudança de horários	19	
35	Mudança de atividades religiosas	19	
36	Mudança de atividades sociais	18	
37	Contrair uma pequena dívida	17	
38	Mudança nos hábitos de sono	16	2°
39	Mudança no número de membros familiares	15	
40	Mudança nos hábitos alimentares	15	
41	Fúria	13	2°
42	Neur	12	
43	Depressão transitoria à lei	11	
TOTAL		426	118

150-200: Menor probabilidade de incidência de doenças
200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física ou psicológica
> 300 - 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.



COMUNICAÇÃO FAMILIAR

COMUNICAÇÃO EMOCIONAL

Quem expressa mais – Sra. M

satisfação quanto ao modo de expressão – aparentemente sim

aceitação do modo de expressão – aparentemente sim

impacto dos sentimentos de cada um na família -

COMUNICAÇÃO VERBAL/NÃO VERBAL

claros e diretos - sim

cada um percebe o que o outro quer dizer - aparentemente sim

verbal não verbal congruente - aparentemente sim

COMUNICAÇÃO CIRCULAR

satisfação sobre a forma de comunicar - aparentemente sim

impacto na família do tipo de comunicação de cada um - saudável

COPING FAMILIAR

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

quem expressa mais os sentimentos – esposa

iniciativa para encontrar soluções – esposa

iniciativa para resolver – marido

discussão de assuntos – ambos

satisfação com discussão de assuntos – ambos

recursos externos para resolução de problemas - normalmente só recursos internos, mas da família extensa a irmã da esposa (Guiné-Bissau) e a irmã do esposo (França)

experiência positiva anterior – sim (“o problema maior já tivemos, foi quando fomos despejados da casa e ficámos na rua com o bebé ao Colo e a chover, não tínhamos sítio para ir, mas depois a minha sobrinha foi para casa de uma amiga e deu-nos o seu quarto para viver enquanto não arranjávamos casa”; “quem arranhou as casas novas fui eu, primeiro uma e depois esta, era dia 25 de dezembro as pessoas estavam no Natal e nós estávamos a mudar de casa”

PAPÉIS FAMILIARES – CONSENSO (C); CONFLITO (CF); SATURAÇÃO (S)

Provedor – Sr. JT trabalha como segurança, tem ordenado fixo e boa relação com o trabalho, A Sra. M trabalhava nas limpezas (de obras) mas está desempregada e a usufruir do fundo de desemprego (atualmente suspenso para gozo da licença de maternidade)

gestão financeira – ambos (“Agora que recebemos o retorno dos impostos, ele disse para pôr de lado, para depois, se eu não arranjar emprego, termos algum dinheiro de parte”; “eu ponho o dinheiro do abono de família do JT Jr numa conta que abri para ele, e agora vou fazer o mesmo para o MT”)

cuidado doméstico – Sra. M refere que ambos (“ele cozinha melhor do que eu, e agora é ele quem tem feito a comida por que está em casa de licença de pai e eu estou cansada por causa do bebé e do JT Jr”; “mas as limpezas e a roupa, sou mais eu, mas ele tem ido às compras e leva o JT Jr para eu ficar mais sossegada”)

recreativo – habitualmente mais a Sra. M, até porque “o meu marido gosta de estar em casa sossegado, e não se dá com quase ninguém”, “vamos mais ao parque (infantil)”

parente – habitualmente mais a Sra. M, já que são a sua Tia e “sobrinha” que estão em Portugal e vivem perto e dão “mais ajudas, de ficar com o JT Jr quando eu preciso de ir a algum lado”, o cunhado vive perto “e aparece quando quer mas não ajuda muito”

RELAÇÃO DINÂMICA

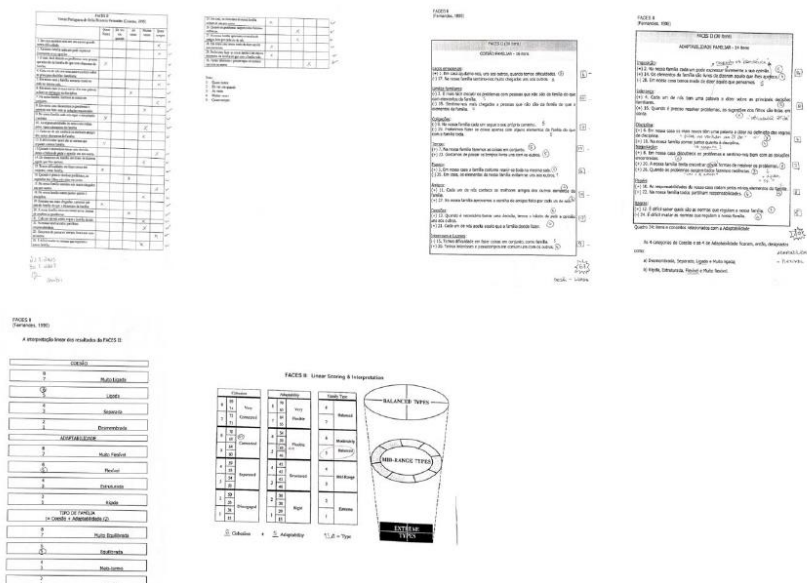
INFLUÊNCIA E PODER

“Eu Não desobedeço ao meu marido porque eu o respeito, mas é igual para mim, ele também não me desobedece porque me respeita”; “tem sempre que que haver respeito, eu até respeito o JT Jr. Não é por ser criança que não se respeita”; “então as coisas são discutidas e resolvidas a bem, nunca discutimos a mal e estamos juntos desde 2018”

ALIANÇAS/UNIÕES

“resolvemos tudo entre nós, não temos cá as mães, e por isso temos que resolver nós tudo”; “podemos perguntar a opinião, mas nós é que sabemos”

COESÃO E ADAPTABILIDADE DA FAMÍLIA – FACES II



coesão – ligada (67)

adaptabilidade – flexível (49)

tipo de família – moderadamente equilibrada (5)

FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA - PERCEÇÃO DOS MEMBROS

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	♀	♂	
2. Tenho satisfação pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema.	♂	♀	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu modo de vida.	♂	♀	
4. Tenho satisfação com o modo como a minha família manifesta a sua atenção e preocupação por mim, tal como atenção, prazer e amor.		♀	♂
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	♀	♂	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos 0 = 0 → 10
 Algumas vezes: 1 ponto 8 = 8 → 9
 Quase nunca: 0 pontos 6 = 6 → 7

Classificação:
 10 a 9 - Família altamente funcional
 8 a 7 - Família com moderada disfunção
 6 a 5 - Família com disfunção acentuada

Avaliação final:

Alameda
 8/10/2023
 S. J.

APGAR Familiar de Smilkstein

Sr. JT: 9 - família altamente funcional

Sra. M: 7 - família altamente funcional, mas no limite para moderadamente disfuncional (hipótese sistémica – dependência emocional/ necessidade da presença de pessoa significativa emocionalmente – irmã (E) que vive na Guiné-Bissau)

CRENÇAS FAMILIARES

religiosas – cristã

A PLANEAR:

Investigar mais a religiosidade e espiritualidade da família “Moçamba”

valores – família; solidariedade (“ajudar os outros sempre, mesmo quando eles não fazem o mesmo por nós”); honestidade (“não mentir nunca”)

culturais – CIRCUNCISÃO (“se fosse na lá - Guiné-Bissau – o JT Jr e o MT já eram circuncidados. Fazem logo no Hospital se pedirmos” – refere que é a bíblia que ensina que Moisés foi castigado quando não se quis circuncisar); CASAMENTO - “somos africanos e casamento só com grande festa e como não temos dinheiro para festa, não podemos casar”

crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde – “os profissionais de saúde são importantes, mas no hospital são muito racistas (conta uma situação que presenciou)”;

“Sem médico de família não temos muitas oportunidades, só venho ao centro de saúde quando estou grávida ou por causa dos bebés que é quando temos direitos parecidos com os dos

outros (que têm médico de família)”; “tenho vergonha de ir à ginecologia, nunca fui (Explico e importância da vigilância anual e do rastreio de cancro do colo do útero)”

CONTINUAÇÃO DE CUIDADOS (SClinico)

Alertas Enfermagem

Alerta	Data Início	Data Fim
Após ter sido determinado que era o desejo do casal foi efetuada transferência do companheiro para esta UCSP ficando todos no mesmo agregado. Ficou combinado a atualização do esquema vacinal do marido (em atraso) quando vier à consulta de saúde infantil (com enfermeira) daqui a um mês.	2023-06-01	
Tem diagnosticada anemia hereditária. último registo de hemoglobina a 23/3/2023 = 10,9 e hematócrito 34%. Parto a 10/5/2023. Foram explicados sinais de alerta para agravamento da situação (tonturas, zumbidos, frio, desmaio, cansaço). Refere nunca ter efetuado rastreio do cancro do colo do útero. Foi explicada importância do mesmo.	2023-06-01	
Tem diagnosticada anemia hereditária e não foi efetuada avaliação analítica após a cesariana	2023-06-01	
Nega uso de tabaco, álcool e drogas. Apresenta escassos recursos familiares e sociais. Boa relação conjugal mas a relação mais significativa é com a irmã (Erica) que ainda vive na Guiné Bissau e que tem esperança de conseguir trazer para Portugal para viver com o seu agregado familiar (refere que o marido e a Erica também têm ótima relação). Em Portugal tem apoio de uma tia e sobrinha. Refere escassos recursos sociais por desilusão com amizades e por o marido (que também não usa tabaco, álcool ou drogas) ser muito caseiro. A ausência da irmã provoca muita tristeza e choro fácil mas não considera a opção de psicólogo como opção. Aparentemente sem dificuldades económicas e orientada quanto aos apoios sociais que tem utilizado. Foi agente comunitária na Guiné-Bissau tendo alguns conhecimentos básicos de saúde, pelo que se apresenta atenta à saúde da sua família, principalmente dos filhos.	2023-06-01	
Enviada carta a solicitar suporte de obs da urgência obstétrica por útero pouco involutivo e sangramento da sutura	2023-05-15	
Ficha aberta direta por não se conseguir abrir o RNU	2023-05-15	

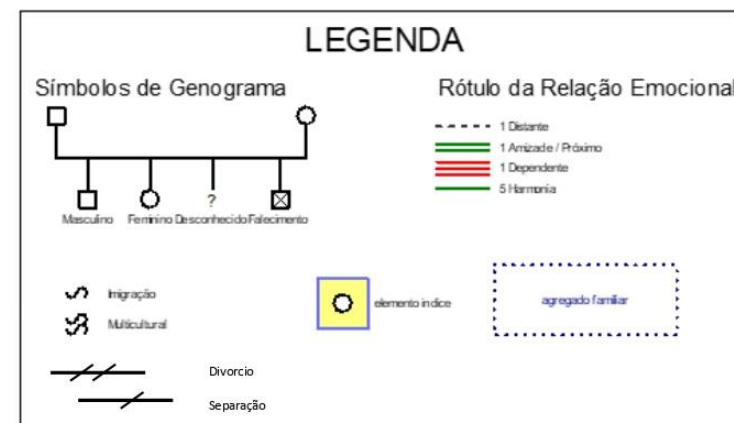
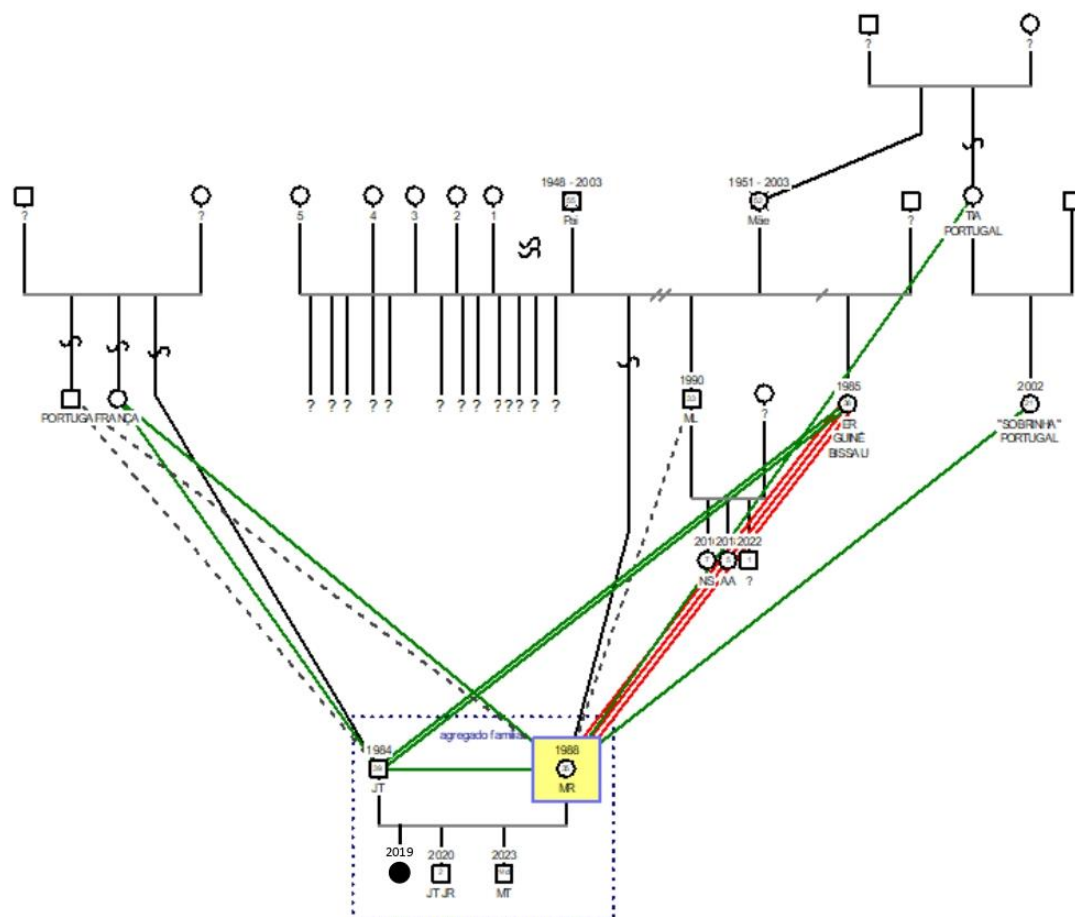
CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL- SClínico

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
-----------	---------	----------	-----------------	--------------------------------	-------------------------------

- ☐ I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)
- ☒ II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)
- ☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)
- ☐ IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)
- ☐ V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)
- ☐ VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saiem de casa - "launching family")
- ☐ VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")
- ☐ VIII - Família idosa(da reforma a viuvez)

Enfª: Susana Barbosa
29/05/2023

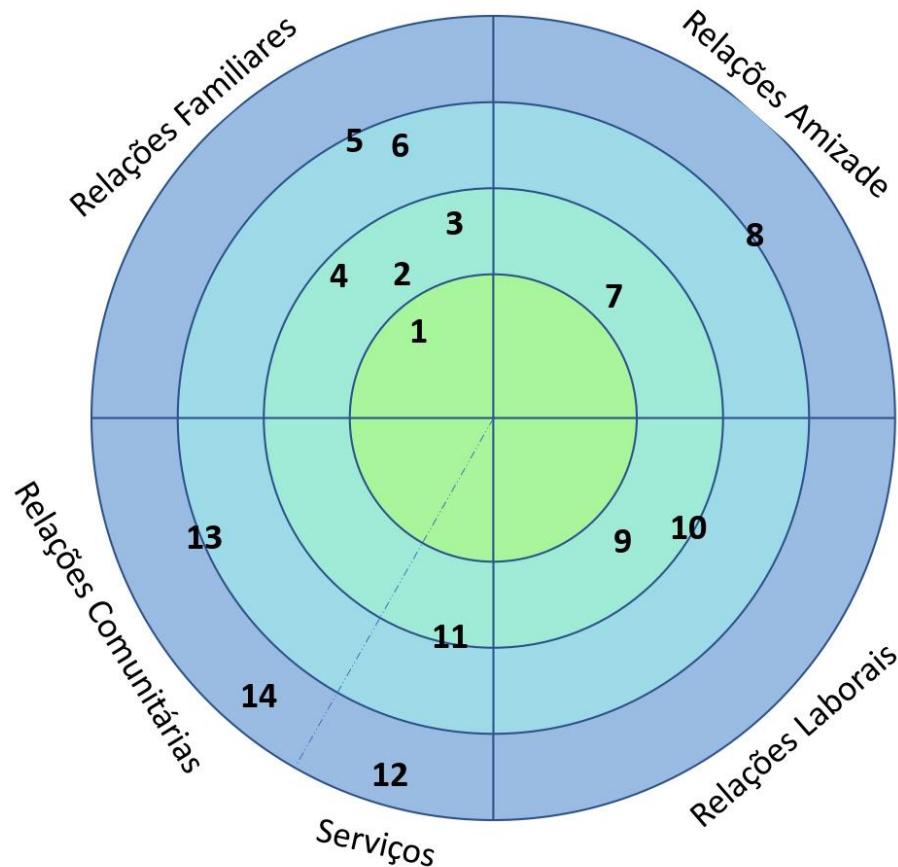
GENOGRAMA



Enfa^a Susana Barbosa

23/05/2023

MAPA DE REDE SOCIAL



LEGENDA (perspetiva da Sra. M)

- 1 – Irmã da Esposa
- 2 – “Sobrinha” da Esposa
- 3 – Tia da Esposa
- 4 – Irmã do Marido
- 5 – Irmão da Esposa
- 6 – Irmão do Marido
- 7 – Ama
- 8 – Amiga Paula e restante grupo de amizade
- 9 – Trabalho do Marido
- 10 – trabalhos anteriores da Esposa (agora desempregada)
- 11 – UCSP
- 12 - Hospital
- 13 – Ama
- 14 – Inquilinos (coabitantes)

Enfª Susana Barbosa

23|05|2023

26|05|2023

Escala de Depressão Pós Parto Edimburgo (EPDS)

ANEXO 3

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa: Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child bearing women and matched controls. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Psychol Med. 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: M

Data: 28.05.2023

Idade do bebé: 13 dias

Pontuação: 8 pontos

Aplicador da escala: baixa probabilidade de depressão

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.
 - Tanto como dantes 0
 - Menos do que antes
 - Muito menos do que antes
 - Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro.
 - Tanta como sempre tive 0
 - Menos do que costumava ter
 - Muito menos do que costumava ter
 - Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
 - Sim, a maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Raramente 1
 - Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.
 - Não, nunca
 - Quase nunca
 - Sim, por vezes 2
 - Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
 - Sim, muitas vezes
 - Sim, por vezes
 - Não, raramente 1
 - Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.
 - Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente 2
 - Não, resolvo-as tão bem como antes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
 - Sim, quase sempre
 - Sim, por vezes
 - Raramente
 - Não, nunca 0
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.
 - Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente 1
 - Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.
 - Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Só as vezes 1
 - Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.
 - Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca 0

8 pontos

EPDS - Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Enfª Susana Barbosa
23|05|2023

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	♀ 47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	♀ 39 ♂
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26 ♂
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	♀ 24 ♂
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	♀ 16 ♂
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13 ♂
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		♀ 126 ♂ 118

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 - 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

23.05.2023

(Aulon
por Sro. M)

Ey: Susana B

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courmer, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			X		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.			X		
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X	
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			X		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					X
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				X	

23.5.2023
30.5.2023
82 aubro

25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			X		
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.			X		
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.				X	

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

FACES II (30 itens)	
COESÃO FAMILIAR - 16 itens	
Laços emocionais:	
(+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades. (5)	6 -
(-) 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros. 4	
Limites familiares:	
(-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. 5	10 -
(-) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família. 5	
Coligações:	
(-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho. 5	10 -
(-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda. 5	
Tempo:	
(+) 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto. (5)	10 -
(+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros. (5)	
Espaço:	
(+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala. (5)	6 -
(-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros. 1	
Amigos:	
(+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família. (4)	7 -
(+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós. (3)	
Decisões:	
(+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros. (5)	9 -
(+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer. (4)	
Interesses e Lazer:	
(-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família. 5	9 -
(+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros. (4)	

64
Coesão - Ligada

FACES II (30 itens)	
ADAPTABILIDADE FAMILIAR - 14 itens	
Imposição:	
(+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião. (5)	14
(+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece. (4)	
(-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos. 5	
Liderança:	
(+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares. (5)	8
(+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta. (3)	
Disciplina:	
(+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina. (3)	7
(+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina. (4)	
Negociação:	
(+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas. (4)	
(+) 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas. (3)	7
(+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências. (3)	
Papéis:	
(+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família. (4)	8
(+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades. (4)	
Regras:	
(+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família. (4)	5
(-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família. (4)	

Quadro 24: itens e conceitos relacionados com a Adaptabilidade

As 4 categorias de Coesão e as 4 de Adaptabilidade ficaram, então, designados como:

- a) Desmembrada, Separada, Ligada e Muito ligada;
b) Rígida, Estruturada, Flexível e Muito flexível.

ADAPTABILIDADE
- FLEXÍVEL

FACES II
(Fernandes, 1995)

A interpretação linear dos resultados da FACES II:

COESÃO		
8		
7		Muito Ligada
6		
5		Ligada
4		
3		Separada
2		
1		Desmembrada
ADAPTABILIDADE		
8		
7		Muito Flexível
6		
5		Flexível
4		
3		Estruturada
2		
1		Rígida
TIPO DE FAMÍLIA (= Coesão + Adaptabilidade / 2)		
8		
7		Muito Equilibrada
6		
5		Equilibrada
4		
3		Melo-termo
2		
1		Extrema

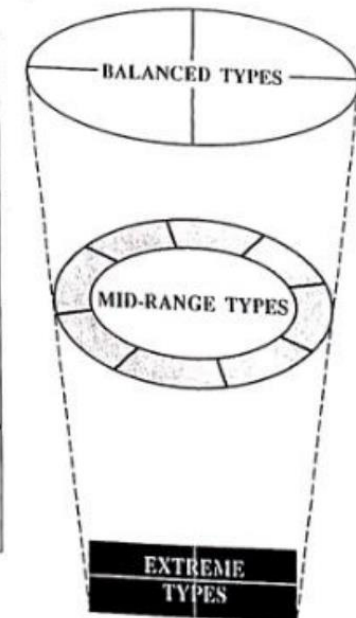
FACES II: Linear Scoring & Interpretation

Cohesion		
8	80	Very
	74	
7	73	Connected
	71	
6	70	Connected
	65	
	61	
5	64	Flexible
	60	
4	59	Separated
	55	
	51	
3	54	Structured
	51	
2	50	Rigid
	35	
	34	
1	34	Disengaged
	15	

Adaptability		
8	70	Very
	65	
7	64	Flexible
	55	
6	54	Flexible
	50	
	49	
5	46	Structured
	45	
4	45	Structured
	43	
	42	
3	42	Rigid
	40	
2	39	Rigid
	30	
	29	
1	29	Rigid
	15	

Family Type	
8	Balanced
7	
6	Moderately
5	Balanced
4	Mid-Range
3	
2	Extreme
1	

6 Cohesion + 5 Adaptability 11/2 = Type



GUIÃO PARA ENTREVISTA – CUIDADOS CULTURALMENTE CONGRUENTES

1. PODE ME FALAR SOBRE A SUA CULTURA E AS SUAS TRADIÇÕES?

“O meu pai era Bramen – Mandaca, tinha 5 mulheres e 12 filhos. E todos viviam numa casa só com 2 quartos”, “A minha mãe era Cristã de Geba, se não fossemos à catequese não nos dava de comer, tínhamos que ir comer à escondidas nos familiares”. “Primeiro eu vivi com o meu pai mas ele batia-me e a minha mãe foi-me buscar porque não achava bem ele fazer isso”. “Nós somos os dois (casal “Moçamba”) Balanta, somos muito pacatos”

2. QUAIS SÃO AS COISAS MAIS IMPORTANTES QUE APRENDEU SOBRE SAÚDE NA SUA CULTURA?

“É importante vigiar, estar atento”, “Na Guiné-Bissau, todos morrem mas ninguém sabe de quê!”, “A minha mãe sofreu muito para morrer. Ficou muito magrinha, mas com grande barriga e as pernas todas inchadas. Tinha muitas dores, mas demorou para morrer, sofreu muito”, “O meu pai também não sei de que morreu. Um dia a minha irmã, veio e disse que ele estava mal e que vomitava sangue e depois uns dias depois morreu”, “Morreram no mesmo ano com meses de intervalo, primeiro ela e depois ele”. “Na Guiné-Bissau como não há muitos médicos nem hospitais fazia-se uns cursos de agente comunitários da ONU. Davam formação e uma mochila com itens, depois tínhamos que vigiar umas famílias e fazer um relatório todos os meses. Na mochila tinha termómetros e outras coisas. Até remédios! Ensinavam a contar as respirações e a saber quando tínhamos que mandar para o hospital. Lá há muito malária e pneumonia”, “Por isso eu sei que é importante vigiar. E não me assusto logo, mas sei quando é que é preciso ir ao Hospital!”

3. QUAIS SÃO AS CRENÇAS/PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS IMPORTANTES NA SUA CULTURA?

- BEBER ALGUM CHÁ QUANDO ESTÁ DOENTE, POR EXEMPLO
- APLICAR ALGO DO COTO UMBILICAL...

“O que eu faço é massagem na barriga do JT Jr e do MT quando eles têm cólicas ou não conseguem fazer cócó”, “faço com óleo de palma, mas um mais puro que vem da Guiné-Bissau, não é desse que se compra cá.” (exemplifica com a mão e faz o movimento no sentido dos ponteiros do relógio) “resulta sempre. Também dobro assim as perninhas (sobre o abdómen) e também ajuda muito para largarem gás”

4. COMO É QUE A SUA CULTURA INFLUENCIA A MANEIRA COMO PENSA SOBRE TER SAÚDE OU FICAR DOENTE?

“Temos que ser saudáveis”, “se não cuidarmos, vamos ficar doentes”, “se beber ou fumar, vai ficar doente”, “se não vacinar, vai ficar doente”, “é preciso ter mais cuidado com os bebés e os velhinhos, porque ficam doentes mais depressa”

5. EXISTEM TRATAMENTOS OU REMÉDIOS ESPECÍFICOS QUE SÃO COMUNS NA SUA CULTURA?

- USAR COMPRESSAS QUENTES PARA ALIVIAR DORES MUSCULARES. ISSO É UM EXEMPLO DE UM TRATAMENTO CASEIRO. CONHECE ALGUM TRATAMENTO PARECIDO NA SUA CULTURA?

“O óleo de palma é muito bom para as massagens”, “fazer a circuncisão para mostrarem que são cristãos. Deus castigou Moisés quando ele não quis fazer a ele e aos filhos, mas depois de fazer já pôde continuar a viagem”, “Lá, se eu pedir fazem logo no Hospital. O meu marido é.

6. COMO É QUE A SUA CULTURA INFLUENCIA A MANEIRA COMO FALA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

“Tem que respeitar e ouvir. Mas quando sei que tenho razão fico lá até fazerem o que é preciso. Como as injeções que é preciso fazer depois da cesariana, disseram para eu fazer, mas não deram receita, eu é que tive de pedir até eles acreditarem que não tinha, Agora já estou a fazer certinho. Eu também sei ver o que é importante, já vi muita coisa”

7. EXISTEM ASPETOS CULTURAIS QUE SÃO IMPORTANTES PARA SI AO RECEBER CUIDADOS DE SAÚDE?

- SER OBSERVADA/ATENDIDA POR UMA PROFISSIONAL DE SAÚDE ?
- E NO CASO DO SEU MARIDO ?

“É importante ser respeitada e não serem racistas. No hospital são muito racistas, aqui não são muito”, “tenho vergonha de ir ao ginecologista”, “prefiro que seja sempre mulher, médico ou enfermeira, mas sempre mulher, quando pode”

NATUREZA DAS TRANSIÇÕES

TIPOS:

- Desenvolvidor: relacionadas com a etapa do ciclo vital familiar em que a Família Moçamba se encontra (entrada de um novo elemento na família e novo subsistema: fratria)
- Situacional: relacionada com a imigração
- Saúde/Doença: relacionada com as intercorrências com a sutura da cesariana e com os cuidados ao coto umbilical de MT
- Organizacional: relacionada com a ausência de médico de família atribuído e o acesso a vigilância de saúde dificultado

PADRÕES:

- Múltiplas transições
- Simultâneas (individuais, diádicas e familiar)
- Sequenciais: a intercorrência com a sutura da cesariana, causa dor e preocupação, o que leva a menor disponibilidade para atenções externas tais como a vinculação com o recém-nascido

PROPRIEDADES:

- Consciencialização: novos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil (por exemplo)
- Empenhamento: comprometimento com um plano de cuidados negociado e personalizado, integração do pai na lista do agregado familiar na UCSP
- Mudança e diferença: aumento de conhecimentos e alteração de comportamentos fase ao desenvolvimento dos filhos
- Eventos e pontos críticos: ida ao Hospital, refazer pensos, retirar agrafes, intervenção ao coto umbilical, lidar com a fase de desenvolvimento do JT Jr

CONDICIONANTES DA TRANSIÇÃO

PESSOAIS

- Fase de desenvolvimento pessoal, conjugal e parental
- Má experiência anterior ida do 1º filho para a Ama
- Companheirismo, sentimento de pertença e amor

COMUNIDADE

- Escassos contactos sociais (desilusões com amigos)
- Dificuldade em conciliar a fase de desenvolvimento de JT Jr com a ida à Igreja

SOCIEDADE

- Procura de Creche/Berçário para os filhos para poder frequentar cursos do fundo de desemprego quando terminar licença de maternidade

OBJETIVOS DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM

1. Redefinição de significados
2. Modificação de Expectativas
3. Reestruturação
4. Desenvolvimento de conhecimentos e habilidades
5. Descoberta de oportunidades de crescimento

(Meleis, 2006; Schumacher et al., 2010; Silva et al., 2019)

PADRÕES DE RESPOSTA

INDICADORES DE PROCESSO:

- Sentirem-se integrados
- Procurar serviços de Saúde
- Desenvolver confiança e coping

INDICADORES DE RESULTADO:

- Maestria
- Integração Fluida e da Identidade

PONTOS FORTES

- UNIÃO FAMILIAR
- EMPENHO DA MÃE
- CAPACIDADE/ CONHECIMENTOS PRÉVIOS (AGENTE COMUNITÁRIO – GB)
- ALERTA PARA COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS
- ALERTA PARA IMPORTÂNCIA VIGILÂNCIA SAÚDE INFANTIL / SAÚDE MATERNA

FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR O BEM-ESTAR

- ATONIA UTERINA
- INFEÇÃO DA SUTURA
- FEBRE PUERPERAL
- DOR NA SUTURA
- DESCONHECIMENTO DAS ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL
- NÃO VIGILÂNCIA DA SAÚDE MATERNA (OUTRA INSTITUIÇÃO | ATRASO ESQUEMA VACINAL)

Alertas Enfermagem

Alerta	Data Início	Data Fim
Após ter sido determinado que era o desejo do casal foi efetuada transferência do companheiro para esta UCSP ficando todos no mesmo agregado. Ficou combinado a atualização do esquema vacinal do marido (em atraso) quando vier à consulta de saúde infantil (com enfermeira) daqui a um mês.	2023-06-01	
Tem diagnosticada anemia hereditária. último registo de hemoglobina a 23/3/2023 =10,9 e hematócrito 34%. Parto a 10/5/2023. Foram explicados ~sinais de alerta para agravamento da situação (tonturas, zumbidos, frio, desmaio, cansaço). Refere nunca ter efetuado rastreio do cancro do colo do útero. Foi explicada importância do mesmo.	2023-06-01	
Tem diagnosticada anemia hereditária e não foi efetuada avaliação analítica após a cesariana	2023-06-01	
Nega uso de tabaco, álcool e tabaco. Apresenta escassos recursos familiares e sociais. Boa relação conjugal mas a relação mais significativa é com a irmã (Erica) que ainda vive na Guiné Bissau e que tem esperança de conseguir trazer para Portugal para viver com o seu agregado familiar (refere que o marido e a Erica também têm ótima relação). Em Portugal tem apoio de uma tia e sobrinha. Refere escassos recursos sociais por desilusão com amigos e por o marido (que também não usa tabaco, álcool ou drogas) ser muito caseiro. A ausência da irmã provoca muita tristeza e choro fácil mas não considera a opção de psicólogo como opção. Aparentemente sem dificuldades económicas e orientada quanto aos apoios sociais que tem utilizado. Foi agente comunitária na Guiné-Bissau tendo alguns conhecimentos básicos de saúde, pelo que se apresenta atenta à saúde da sua família, principalmente dos filhos.	2023-06-01	
Enviada carta a solicitar suporte de obs da urgência obstétrica por útero pouco involutivo e sangramento da sutura	2023-05-15	
Ficha aberta direta por não se conseguir abrir o RNU	2023-05-15	

CHECK-LIST PARA A CONFERÊNCIA FAMILIAR - 26|5|2023

- Pré-conferência:

1. elementos da equipa e família a estar presentes:

Pais e filhos, Enfermeira Alexandra e Enfermeira Susana

2. Clarificar e consensualizar os objectivos

Avaliação Edifício Residencial, Avaliação da Dinâmica Familiar no Domicílio;

Abordagem de assuntos de interesse comum (entrevista semi-estruturada MDAIF, desenvolvimento infantil, Treino de cuidados ao coto umbilical e reavaliação do mesmo

3. Decidir a finalidade da reunião

Promoção da vinculação e integração do novo membro da família

Continuação do desenvolvimento da Relação Terapêutica

- Introdução:

1. Apresentação dos membros da equipa presentes (incluir preferencialmente o gestor de caso - Enfermeira Susana Barbosa)

2. Rever objectivos da reunião com o doente e a família

- Informação História Familiar :

1. Rever história da família, estado actual e possível prognóstico

2. Avaliar cuidados iniciados (coto umbilical e cicatriz cesariana)

3. Perguntar à família se têm questões sobre os assuntos abordados

- Plano de Actuação:

1. Elaborar conjuntamente lista de problemas e hierarquizá-los

2. Discutir conjuntamente opções de resolução para cada um deles

3. Assegurar que os diferentes elementos da equipa dão os seus contributos

4. Procurar estabelecer consensos de abordagem dos problemas (modelo «ganha/ganha»)

5. Assegurar que a família têm noção dos recursos de suporte disponíveis

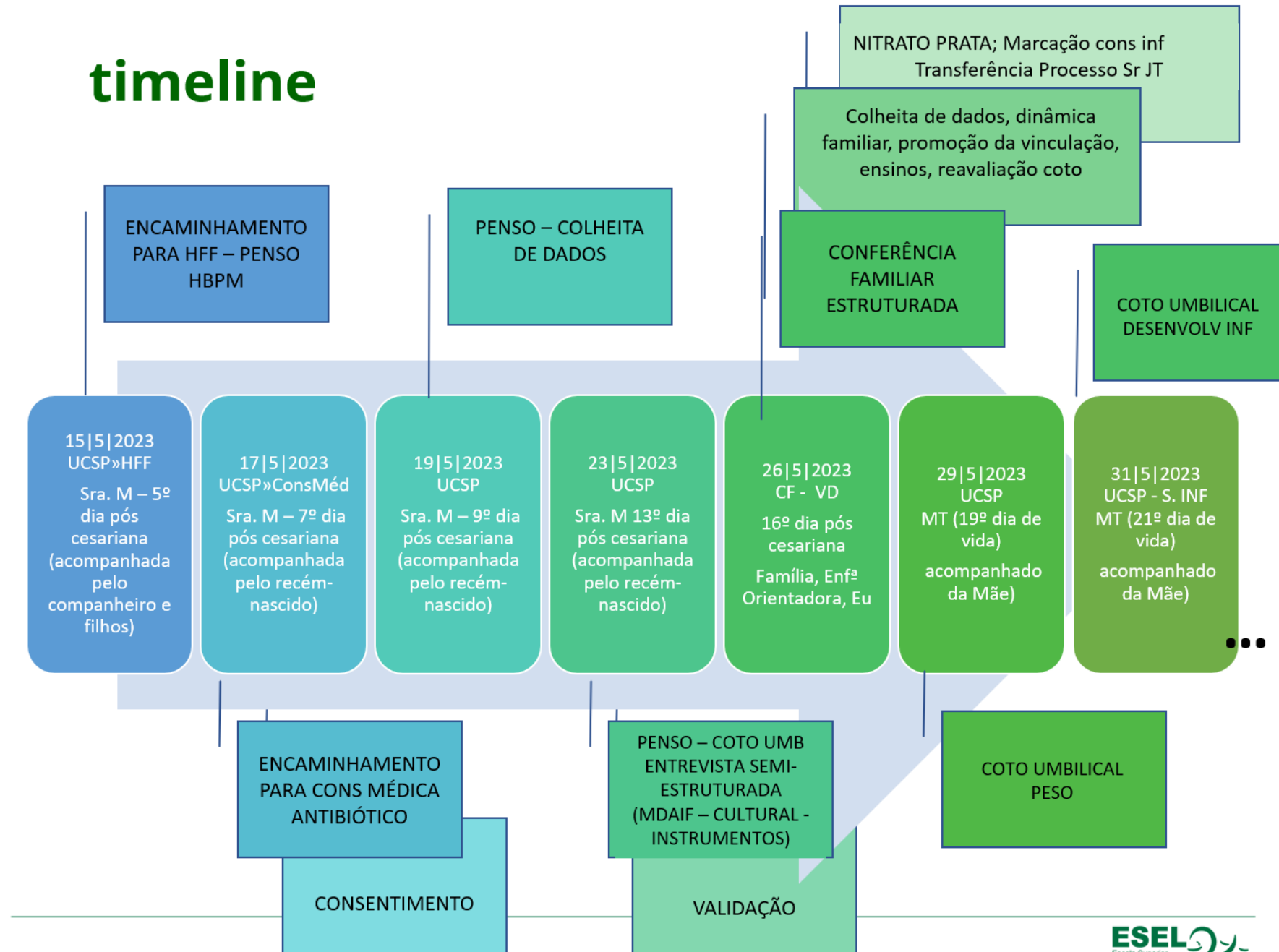
– se necessário, fornecer ou disponibilizar-se para contactos

- Terminus:

1. Sumarizar consensos, decisões e planos

Combinou-se ida do MT à UCSP ainda no próprio dia para tratamento do coto umbilical com nitrato de prata; combinou-se transferencia de processo do Pai para esta UCSP ficando agregado à restante família (com o comprometimento de atualizar plano vacinal em atraso

timeline



DIMENSÕES FAMILIARES	DIAGNÓSTICOS
DESENVOLVIMENTO	1-PLANEAMENTO FAMILIAR NÃO EFICAZ: conhecimento sobre reprodução não demonstrado acerca: fecundação e gravidez; espaçamento adequado das gravidezes; desvantagens de gravidez não desejada. <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar casal sobre a fecundação e gravidez (em todas as sessões); • Ensino da posologia da toma do contraceptivo (azálea) (nesta sessão -15/5/2023) • Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada (em todas as sessões); • Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes (principalmente cesarianas) (em todas as sessões) Comportamento • Providenciar contraceptivo (azálea) (ensino da posologia) (nesta sessão -15/5/2023) Afetivo • Motivação para uso contraceptivo (em todas as sessões); <u>AVALIAÇÃO:</u> A Sra. M refere que não precisa de tomar agora a pílula pois o marido “não me vai procurar tão cedo” (sic); refere ainda que depois da consulta o marido disse o mesmo e riu-se. Apesar desta certeza anteriormente afirmada, leva consigo a pílula (azalia) e quer saber: porquê, quando e como a tomar. Aqui podemos levantar a hipóteses sistémica de se encontrar dividida entre a sua cultura e a nova realidade cultural do país que a acolheu. Em todos os contactos fomos abordando as questões de forma pertinente e a Sra. M parece mais esclarecida e desperta para a importância de uma gravidez não desejada até porque agora ambos referem que “fecharam a loja” porque a vida está difícil.

2A- PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO (BEBÉ MT - RECÉM-NASCIDO)

conhecimento não demonstrado acerca: do coto umbilical; habilidades sobre o cuidado ao coto umbilical; vigilância de saúde, sobre competências do recém-nascido; características do recém-nascido; processo de vinculação.

INTERVENÇÕES:**Cognitivo**

- Ensinar e instruir a mãe sobre cuidados ao coto umbilical quando a Srª M vier para realização de penso (cesariana) e entrevista semiestruturada na UCSP (coto umbilical mumificado em dois terços (distais) e não no terço proximal) (23/5/2023)
- Ensinar os pais sobre vigilância de saúde do MT, das suas características e competências e sobre o processo de vinculação (nomeadamente subsistema fratria), durante CF em domicílio (26/5/2023)

Comportamento

- Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical na conferência familiar (CF) no domicílio (26/5/2023)

Afetivo

- Envolver e apoiar e os pais nos cuidados ao coto umbilical

AValiação:

No dia 23/5/2023 o coto umbilical de MT estava 2/3 mumificado e o terço proximal ainda nada mumificado com a presença de algum exsudado sem cheiro fétido (sem sinais de infeção ou inflamação). Foram efetuados ensino e instrução à Sra. M de como proceder para promover a restante cicatrização/mumificação e evitar infeção, ficando para dia 26/5 a reavaliação da situação e o treino desta competência. No dia da CF estiveram presentes o Sr JT e a Sra. M (casal em união de facto), ambos os filhos (bebé MT e JT Jr), a enfermeira Alexandra e Eu. Após a observação do coto umbilical verificámos que não estava a mumificar corretamente apresentando algum exsudado sem cheiro fétido, pelo que optámos por efetuar queimadura com nitrato de prata na UCSP (no próprio dia). Foram explicados fases do desenvolvimento das crianças assim como comportamentos associados, os pais estiveram atentos (embora as intervenções tenham sido mais por parte da mãe) e quiseram ficar com suporte escrito sobre as referidas etapas, simultaneamente foi explicado como consultar o livro de saúde do MT explicando a importância da vigilância nas fases chave descritas, assim como o registo de peso e comprimento, para despiste de alterações (não tendo médico de família nem sempre são conseguidas consultas de vigilância infantil). Foi ressalva as situações das crianças que poderão atingir todos os parâmetros em simultâneo sem significado de alteração.

2b- Papel parental não eficaz

Conhecimento não demonstrado acerca: de atividades de lazer adequadas à criança; vigilância de saúde; desenvolvimento infantil; desenvolvimento cognitivo psicossocial e social; importância de regras estruturantes.

INTERVENÇÕES:

Cognitivo

- Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas ao JT Jr, nomeadamente garatuja e a estimulação da criatividade uma vez que o desenvolvimento físico parece adequado e a Sra M refere irem muitas vezes ao parque – durante a CF no domicílio dia 26/5/2023
- Ensinar os pais sobre a socialização do JT Jr, nomeadamente ida para Jardim de infância, alertando para a eventual dificuldade de inscrições e averiguando estratégias do casal – durante a CF no domicílio dia 26/5/2023
- Ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil – cognitivo, psicossocial e social do JT Jr, referindo que nesta etapa de desenvolvimento o JT Jr se encontra entre a autonomia e a vergonha (segundo Erikson) necessitando de compreensão, mas simultaneamente regras estruturantes que não passem pelo castigo físico e sejam adequadas ao contexto de cada situação (dar exemplos) – durante a CF no domicílio dia 26/5/2023

Comportamento

- Sugerir ao Pais manter alguns dos rituais habituais do JT Jr para não se sentir isolado com o nascimento do irmão
- Sugerir aos Pais inventarem novos rituais onde exista interação colaborativa entre os irmãos para reforço da vinculação fraterna

Afetivo

- Envolver os pais para uma parentalidade efetiva

AValiação:

No dia da CF estiveram presentes o Sr JT e a Sra. M (casal em união de facto), ambos os filhos (bebé MT e JT Jr), a enfermeira Alexandra e Eu. Foram explicadas fases do desenvolvimento das crianças assim como comportamentos associados, os pais estiveram atentos (embora as intervenções tenham sido mais por parte da mãe) e quiseram ficar com suporte escrito sobre as referidas etapas, simultaneamente foi explicado como consultar o livro de saúde do MT explicando a importância da vigilância nas fases chave descritas, assim como o registo de peso e comprimento, para despiste de alterações (não tendo médico de família nem sempre são conseguidas consultas de vigilância infantil). Foi efetuada ressalva das situações em que as crianças poderão não atingir todos os parâmetros em simultâneo sem isso ser significado de alteração. Exemplificou-se a garatuja do JT Jr, explicando que esta aparente simples atividade iria ajudar posteriormente no desenvolvimento da escrita, por exemplo. Por referirem que o JT Jr apresentava ciúmes do bebé principalmente de manhã, foi questionado se esse

momento antes do MT nascer era especial para ele. A Sra. M confessa que era um momento importante em que ficavam muito tempo abraçados. Explicou-se que era importante manter alguma continuidade com rituais anteriores à vinda do MT, assim como incluir o JT Jr nas atividades do bebê (trazer a fralda para a mãe mudar), ou referirem-se ao MT como o seu irmão para promover a vinculação fraterna.

3- Comportamento de adesão não demonstrados:

Não realização das consultas vigilância de acordo com a idade da criança (sem médico de família); não promoção de padrão de atividades de lazer adequado à criança; não promoção da socialização da criança; não estimulação do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

- Com senso de papel – sim;
- Conflitos do papel – não
- **Risco** de saturação do papel da Sra M– sim (relacionado com acréscimo de cuidados prestados ao recém-nascido e filho de 2 anos e meio)

INTERVENÇÕES

Cognitivo

- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes de acordo com cada etapa de desenvolvimento de cada um dos filhos
- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil – cognitivo, psicossocial e social

Comportamento

- Motivar a redefinição de tarefas parentais, sugerindo que o Sr JT leve o JT Jr ao parque na hora da sesta do MT e da Sra M, enquanto está a gozar a licença parental
- Motivar os pais para um padrão de atividades adequado a cada um dos filhos de acordo com a etapa de desenvolvimento de cada um (...)
- Motivar os pais para a socialização de cada um dos filhos de acordo com a etapa de desenvolvimento de cada um (...)

Afetivo

- Promover a comunicação expressiva das emoções da Sra M acerca da sua sensação de cansaço agora com as duas crianças a cargo

AValiação: PLANEADA, MAS NÃO REALIZADA

FUNCIONAL	1- Risco de Processo familiar disfuncional relacionado com risco de coping familiar não eficaz: a família recorre a escassos recursos externos na resolução de problemas <u>INTERVENÇÕES</u> Afetivo-comportamental • Conferência Familiar no domicílio ○ Completar a Colheita de dados familiar ○ Promoção de vinculação familiar ○ Promoção de uma parentalidade saudável com reajuste dos papéis parentais ○ Promoção de uma relação fraterna saudável com reajuste do papel de filho único <u>AValiação:</u> As condições habitacionais são adequadas, áreas amplas com boa exposição solar, higiene e decoração adequadas, mas com alguns pontos que necessitam de maior aprofundamento e atenção: sem área/espço adequada e individualizada para uma criança de 3 anos brincar e desenvolver atividades de acordo com a sua fase de desenvolvimento; casa subalugada a outras pessoas (para permitir o pagamento da renda) com as quais parece existir uma relação civilizada mas não para além da prática (averiguar se as crianças ficam sozinhas com estranhos – prevenção de abuso infantil). Conversou-se sobre fases do desenvolvimento das crianças assim como comportamentos associados, os pais estiveram atentos (embora as intervenções tenham sido mais por parte da mãe) e quiseram ficar com suporte escrito sobre as referidas etapas. Exemplificou-se a garatuja do JT Jr, explicando que esta aparente simples atividade iria ajudar posteriormente no desenvolvimento da escrita, por exemplo. Por referirem que o JT Jr apresentava ciúmes do bebé principalmente de manhã, foi questionado se esse momento antes do MT nascer era especial para ele. A Sra. M confessa que era um momento importante em que ficavam muito tempo abraçados. Explicou-se que era importante manter alguma continuidade com rituais anteriores à vinda do MT, assim como incluir o JT Jr nas atividades do bebé (trazer a fralda para a mãe mudar), ou referirem-se ao MT como o seu irmão para promover a vinculação fraterna 2- risco de processo familiar disfuncional relacionado com interação de papéis não eficaz (risco de saturação do papel de Provedor, a gestão financeira, cuidado doméstico, recreativo) <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar os pais sobre papéis parentais e a sua interação na família
-------------------------	--

	• Ensinar os pais sobre consenso, conflito e saturação dos papéis parentais Comportamento • Motivar os pais para a vigilância do consenso, conflito e saturação de papéis parentais • Motivar a redefinição de papéis parentais sempre que necessário Afetivo • Promover a comunicação expressiva das emoções acerca dos desempenhos dos papéis parentais <u>AVALIAÇÃO:</u> PLANEADA, MAS NÃO REALIZADA
--	---

DIMENSÕES INDIVIDUAIS	DIAGNÓSTICOS
ESTRUTURAL	1- Risco de infecção puerperal da Sra M, relacionada com má cicatrização na sutura cirúrgica (cesariana) e presença de exsudado com cheiro fétido <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar sobre sinais de alerta (exº febre) • Ensinar sobre cuidados ao penso (exº vigiar repasse, não molhar) Comportamento • Sugerir os cuidados de higiene por partes, ou a proteção da zona do penso para evitar molhar • Sugerir comunicação atempada de alterações ou sinais de agravamento da situação • Recomendar o cumprimento das consultas agendadas para vigilância e cuidados ao penso na UCSP Afetivo • Diminuir a ansiedade e medo relativamente a esta intercorrência, respondendo às dúvidas e fornecendo mais informação quando necessário e pertinente • Resignificar a situação afastando-a da situação que levou ao falecimento da sua mãe <u>AVALIAÇÃO:</u>

No dia 15|5 (5º dia pós cesariana), foi observada penso de cesariana (repasso de sangue – cicatriz com sangramento do 1/3 médio – refeito penso com alginato hemostático) + útero pouco involuído e aparentemente lóquios aumentados (sem cheiro fétido) – efetuado encaminhamento para o hospital de referência (onde ocorreu a cesariana); 17|5 (7º dia pós cesariana) – penso (realizado no hospital há 2 dias) com repasse, sutura (agrafes) cirúrgica com exsudado com cheiro fétido no 1/3 médio, puérpera sem febre – refeito penso com inadine e encaminhada puérpera para consulta médica para início de antibioterapia; 19|5 (9º dia pós cesariana) – penso sem repasse ou exsudado, mas ao limpar ainda um pouco sangrante no 1/3 médio, opta-se por não retirar agrafes pois ainda está a fazer heparina de baixo peso molecular para prevenção de fenômenos tromboembólicos; 23|5 (13º pós cesariana) sutura com boa evolução cicatricial, sem exsudado, sangramento e ainda sob antibioterapia (termina em 2 dias); retira-se agrafes sem dificuldade ou intercorrências, refaz-se penso e dá-se indicação para retirar após 3 dias e iniciar massagem da cicatriz com creme gordo para prevenção de cicatriz colóide. Ao longo deste processo a Sra. M foi ficando gradualmente menos ansiosa e refere que as informações e cuidados prestados foram importantes para a diminuição do medo de que algo de muito mau lhe acontecesse.

2- Risco de diagnóstico tardio de cancro de mama/ colo do útero, relacionado com falta de rastreios (falta de médico de família)

INTERVENÇÕES:

Cognitivo

- Ensinar sobre importância dos rastreios
- Ensinar sobre sinais de alerta de cancro colo útero (ex. hemorragia vaginal anormal; Aumento do corrimento vaginal; Dor pélvica; Dor durante as relações sexuais)
- Ensinar sobre sinais de alerta de cancro colo útero (ex. alteração na mama ou no mamilo – aspeto, tamanho, forma palpação, nódulo, espessamento, Sensibilidade no mamilo; Retração do mamilo; Secreção ou perda de líquido pelo mamilo, etc...)
- Ensinar sobre aparelho reprodutor feminino

Comportamento

- Sugerir o cumprimento de rastreios
- Sugerir comunicação atempada de alterações ou sinais de alarme
- Recomendar o cumprimento das consultas agendadas para vigilância de saúde na UCSP

Afetivo

- Assegurar que cada vez mais as situações oncológicas quando são atempadamente descobertas têm grandes probabilidades de desfechos satisfatórios

AValiação:

Foi dado início a estas intervenções de forma mais superficial de forma a promover o interesse sobre a temática e providenciou-se a marcação da consulta de vigilância pós-natal. A Sra. M refere que nunca realizou uma citologia cervical e

confessa ter vergonha de ir ao ginecologista. Foi efetuado um paralelismo acerca dos cuidados que ela prestava enquanto “agente comunitária” na Guiné-Bissau para exemplificar que quando estamos a cuidar do corpo dos outros enquanto profissionais de saúde somos mais neutros nas observações e não estamos a invadir a privacidade, mas sim a tentar prevenir que os problemas surjam. Pareceu ficar a processar a mensagem, mas nada acrescentou. Explicou-se também que na maior parte das vezes a doença oncológica é silenciosa no seu início e que quando dá sinais já poderá estar a desenvolver-se há mais tempo, daí a importância dos rastreios. Mais intervenções terão de ser desenvolvidas quanto a esta temática

3- Risco de infeção do coto umbilical do recém-nascido, relacionado com lenta mumificação do coto umbilical

INTERVENÇÕES:

Cognitivo

- Ensinar/Instruir sobre importância dos cuidados ao coto umbilical
- Ensinar/instruir sobre sinais de alerta de infeção do coto umbilical

Comportamento

- Sugerir e treinar o cumprimento dos cuidados
- Sugerir comunicação atempada de alterações ou sinais de alarme
- Avaliar a aquisição de competências e habilidades

Afetivo

- Assegurar que os cuidados ao coto não doem ao recém-nascido pois não existem terminações nervosas no mesmo

AValiação:

15|5 (5º dia de vida de MT) – padrão de eliminação mantido; padrão de sono e repouso mantido (dorme em local próprio em decúbito dorsal), cuidados de higiene adequados (banho de 2/2 dias); ainda não faz Vit D (ainda não foi prescrita); aleitamento materno exclusivo – bom aumento ponderal, amamentado durante a consulta com bons reflexos de deglutição coordenados e boa pega; desenvolvimento adequado à idade – reflexos primitivos presentes e adequados, boa vitalidade e reatividade, choro vigoroso facilmente consolável; fontanela anterior normotensa (vem acompanhado pelos pais, ambos carinhosos, pai menos comunicativa mas envolvido nos cuidados ao MT); 23|5 (13º dia de vida de MT) – coto 2 terços distais bastante mumificado, 1/3 proximal não. Efetua-se ensino e instrução acerca dos cuidados + sinais de alerta; 26|5 (16º dia de vida de MT) – coto com exsudado (queda dos 2 1/3 distais) – efetua-se queimadura com nitrato de prata na UCSP; 29|5 (19º dia de vida de MT) – apresenta queimadura na região infra umbilical (em forma de arco) como sequela da aplicação de nitrato de prata – efetua-se ensino sobre aplicação de trolamina várias vezes ao dia; alterações à avaliação do dia 15|5: mãe refere cólicas mas sabe fazer massagem (demonstra) – abdómen volumoso e algo timpanizado, vem acompanhado pela mãe

	que é cuidadosa e carinhosa; 31 5 (21º dia de vida de MT) – mantém queimadura apenas nas extremidades do arco (zona central totalmente cicatrizada e sem sinais de sequelas dermatológicas) – mantém-se indicação para aplicação de trolamina várias vezes ao dia. Mantém aleitamento materno exclusivo (aumento ponderal de 65g/dia), sem vômitos. Segue para consulta médica de saúde infantil – “realizou todos os rastreios sem alterações, a fazer aleitamento materno em livre demanda, sem cólicas, olha para a mãe durante a mamada; bom estado geral, percentis sem alteração, FA normotensa, ACP sem alt, ABD com hérnia umbilical, pulsos femorais palpáveis, genitais sem alterações, ancas sem alterações, MI sem alterações, reflexos primitivos presentes, tônus OK, inicia vit D” 4- Não adesão à vacinação do Sr JT, relacionado com esquema vacinal em atraso <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar sobre importância da vacinação • Ensinar sobre esquema da vacinação Comportamento • Sugerir cumprimento do esquema vacinal Afetivo • Efetuar transferência do processo do Sr. JT para esta UCSP para ficar reunido com o seu agregado familiar <u>AValiação:</u> Após discussão do assunto com o casal e concordância dos mesmos, efetuou-se transferência do processo para a UCSP e combinou-se atualização do esquema vacinal do Sr JT no dia 12 6 aquando do regresso do MT para reavaliação de saúde infantil e cicatrização da queimadura provocada pelo nitrato de prata
DESENVOLVIMENTO	1- Risco de mau desenvolvimento infantil de JT Jr, relacionado com falta de conhecimentos dos pais <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar os pais sobre vigilância de saúde do MT, das suas características e competências e sobre o processo de vinculação (nomeadamente subsistema fratria), durante CF em domicílio (26/5/2023) Comportamento • Sugerir espaço em casa para o JT Jr desenvolver atividades criativas e lúdicas adequadas ao seu desenvolvimento

	Afetivo - Compreender que um desenvolvimento infantil adequado e saudável fará com que seja uma criança mais feliz e segura <u>AVALIAÇÃO:</u> PLANEADO E NÃO REALIZADO 2- Risco de abuso infantil, relacionado com presença de estranhas no domicílio (casa partilhada - quartos sub-alugados) <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo - Ensinar os pais sobre comportamentos desadequados por parte de pessoas estranhas no contato com os seus filhos e possíveis reações dos filhos a essas pessoas - Ensinar a não obrigar o contato físico social das crianças Comportamento - Sugerir diferentes comportamentos sociais alternativos ao contato físico forçado entre crianças e adultos Afetivo - Conversar sobre o abuso de crianças <u>AVALIAÇÃO:</u> PLANEADO E NÃO REALIZADO 3- Risco de depressão da Sra M relacionado com fase puerperal e por saudades da irmã que está na GB <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo - Ensinar os pais sobre babyblues, depressão pós parto e psicose puerperal de acordo com pertinência e necessidade - Ensinar sobre sinais de alarme Comportamento - Sugerir apoio emocional individualizado e de acordo com as necessidades/gostos da Sra. M Afetivo - Promover e permitir a expressão de emoções e sentimentos do casal <u>AVALIAÇÃO:</u>
--	--

	Foi aplicada uma escala para avaliação da probabilidade de depressão da Sra. M após o parto (ver apêndice 5) que deu um score que não indica probabilidade de depressão atualmente. Foi conversado com a Sra. M sobre as alterações emocionais e hormonais desta fase, mas a Sra. M refere que desabafa e chora com a irmã E e que se consegue equilibrar assim, embora o seu maior desejo seja ter a sua irmã perto de si para que este apoio não seja através de telefone. Foi assegurado um espaço seguro para sempre que precisar vir à UCSP falar com a equipa (refere que não reconhece a psicologia como um apoio adequado para si, já que prefere falar com a família). Seria, no futuro, necessário um maior acompanhamento e aprofundamento desta temática com esta mãe/família.
FUNCIONAL	1- Risco de isolamento da Sra M, relacionado com escassos contactos sociais durante permanência em casa (desemprego/ licença parental, escassos contactos sociais) <u>INTERVENÇÕES:</u> Cognitivo • Ensinar sobre a importância de uma rede de suporte social, para além da familiar e institucional Comportamento • Sugerir reaproximação às antigas amigas, referindo que existem vários níveis de amizade e que nem todos têm que ser amigos íntimos Afetivo • Promover e permitir a expressão de emoções e sentimentos acerca das experiências anteriores negativas • Resignificar as situações anteriores <u>AValiação:</u> Parcialmente realizada. A Sra. M desabafou sobre sensação de abandono e não apoio de grupo de amigos aquando da situação de “despejo de casa” quando JT tinha apenas um ano e era inverno. Seria necessário mais tempo e continuidade da relação terapêutica para melhorar este diagnóstico e eventualmente conseguir restabelecer a confiança nas relações de amizade.

Intervenções de prevenção do idadismo contra adultos idosos em contexto da enfermagem de família: uma scoping review

Susana Barbosa

Mestranda em Enfermagem Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; sbarbosa@campus.esel.pt

Resumo

Objetivo: Mapear na literatura científica as intervenções do enfermeiro de família na sensibilização e/ou prevenção de idadismo sobre famílias idosas em cuidados de saúde primários.

Método de revisão: Revisão *Scoping* com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute, com recurso às bases de dados PubMed, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, e Cochrane (EBSCOhost); 2019-2023; linguagem natural e indexada. Estudos em inglês, espanhol e português, utilizando a estratégia PCC.

Apresentação e interpretação dos dados: Foram encontrados 10 artigos e incluídos 2 que destacam a eficácia das intervenções que combinam educação e contato intergeracional na redução do idadismo. Evidenciou-se também a necessidade de explorar a autopercepção sobre o idadismo e o seu impacto nas interações sociais. Nenhum se referia à intervenção do Enfermeiro de Família de forma específica. Esta lacuna na evidência científica justifica a necessidade da realização de estudos direcionados para a intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

Conclusão: É importante integrar a autopercepção nas estratégias de intervenção, promovendo maior consciencialização e atitudes inclusivas. O enfermeiro especialista em saúde familiar encontra-se estrategicamente posicionado (proximidade e consistência de cuidados) para desempenhar um papel central no sucesso destas iniciativas.

Metodologias educacionais que promovam a reflexão a disseminação de conhecimentos serão importantes (pósteres e/ou folhetos)

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, enfermeiro de família, família, idosos, sensibilização e prevenção de idadismo

Abstract

Objective: To map in the scientific literature family nurse interventions in raising awareness and/or preventing ageism in elderly families in primary health care.

Method: Scoping review based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute, using the PubMed, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, and Cochrane (EBSCOhost) databases; 2013-2023; natural and indexed language. Studies in English, Spanish and Portuguese, using the PCC strategy.

Results: 10 articles were identified, and after full-text review, 2 were included that highlight the effectiveness of interventions combining education and intergenerational contact in reducing ageism. The need to explore self-perception of ageism and its impact on social interactions was also highlighted. None referred to the Family Nurse's intervention specifically. This gap in the scientific evidence highlights the need for studies focused on the interventions of specialist nurses in family health nursing.

Conclusion: It is important to integrate self-perception into intervention strategies, promoting greater awareness and inclusive attitudes. The nurse specialist in family health is strategically positioned (proximity and consistency of care) to play a central role in the success of these initiatives.

Educational methodologies that promote reflection and dissemination of knowledge will be important (posters and/or leaflets)

Keywords: awareness and prevention of ageism, elderly, family, family nurse, primary health care

INTRODUÇÃO

Segundo os Censos definitivos de 2021 o envelhecimento da população agravou-se. Portugal é um dos “países que apresenta um Índice de Envelhecimento mais elevado do Mundo e projeções recentes colocam Portugal como o 4.º país a envelhecer mais rapidamente” (Portaria n.º 119/2023, 2023). Face a este cenário, é essencial impedir práticas discriminatórias com base na idade, tal como previsto na legislação portuguesa, que prioriza a promoção de uma sociedade mais justa e inclusiva (Lei n.º 38/2023, 2023).

O Relatório Mundial Sobre o Idadismo (Organização Pan-Americana da Saúde, {OPAS}, 2022) define idadismo como um fenómeno de preconceito em relação à idade, que é usado para categorizar e dividir as pessoas resultando em prejuízos, desvantagens, injustiças comprometendo a solidariedade intergeracional. Refere ainda que pode manifestar-se através de três formas (que se interligam e se potenciam mutuamente): institucional (através de leis - políticas e práticas que limitam as oportunidades), interpessoal (interações entre indivíduos) e contra si próprio (internalizado, quando a pessoa aplica preconceitos a si mesma). E ainda que pode ser explícito (consciente e intencional) ou implícito (inconsciente). Concluindo que "pode interagir com outros vieses, como o sexismo e o capacitismo" (p.10), ampliando as desvantagens e agravando seu impacto.

O idadismo é altamente prevalente em todo o mundo, prejudica a saúde e o bem-estar e é um obstáculo para políticas eficazes de envelhecimento saudável (Burnes et al., 2019; Organização Pan-Americana da Saúde {OPAS}, 2022). É importante conhecer intervenções de enfermagem que possam combater o idadismo. É uma tarefa do presente, voltada para o futuro, pois envelhecer é uma característica inerente ao ser humano, e todas as etapas do ciclo de vida, especialmente as de maior risco de vulnerabilidade, como a pessoa idosa, merecem respeito e dignidade. Os enfermeiros especialistas em Saúde Familiar podem desempenhar um papel na promoção da saúde e bem-estar das famílias idosas, adotando uma abordagem holística que incentiva discussões sobre o idadismo. Estando estrategicamente posicionados como mediadores, facilitam a comunicação e a compreensão das dinâmicas familiares que influenciam a saúde ao longo de todo o ciclo de vida. Utilizando instrumentos de medida do idadismo podem identificar áreas que requerem intervenção, realizando atividades de educação

para a saúde para sensibilizar as famílias idosas e prevenir o idadismo. A articulação entre serviços de saúde e a comunidade fortalece a atuação do enfermeiro de família, permitindo uma abordagem colaborativa e antecipatória que considera tanto os indivíduos quanto as suas redes de apoio familiar na redução das discriminações baseadas na idade avançada.

A presente scoping review (ScR) visa mapear a literatura existente sobre o tema, identificando as abordagens, intervenções e lacunas na investigação.

OBJETIVO

Mapear na literatura científica as intervenções do Enfermeiro de Família prevenção de idadismo sobre pessoas idosas na comunidade.

METODOLOGIA

Formulada a questão de investigação: **Quais as intervenções do enfermeiro de família para a sensibilização e/ou a prevenção do idadismo em famílias idosas em cuidados de saúde primários?**, foi seguida a metodologia proposta Joanna Briggs Institute (JBI) (2021), para a pesquisa realizada, em julho de 2023, nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library, Information Science & Technology, Abstracts with Full Text, na plataforma Ebsco Host.

Foi utilizada a estratégia PCC (população, conceito e contexto): População (P) - elderly, family; Conceito (C) - nurse, nurse interventions, ageism, prevention & control, Population Education; Contexto (C) - Family Health Nurses, Primary Health Care.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos onde se identifique intervenções do enfermeiro de família no âmbito da sensibilização e/ou prevenção de idadismo em famílias em que pelo menos um elemento tenha idade igual ou superior a 65 anos de idade (doravante denominadas famílias idosas), em contexto de cuidados de saúde primários.

Serão incluídas revisões de literatura, estudos no paradigma quantitativo, qualitativo ou mistos (ambos), primários ou secundários; que integrem programas ou intervenções que visem a sensibilização e/ou prevenção do idadismo em Famílias Idosas; implementada por enfermeiros de família; publicados entre 2017 e 2023, em língua portuguesa, inglesa e/ou espanhola e com disponibilidade de *full text* gratuito.

TIPOS DE PARTICIPANTES (POPULAÇÃO)

Famílias Idosas em que pelo menos um dos elementos tem idade igual ou superior a 65 anos de idade.

CONCEITO

Estudos que incluam as intervenções do enfermeiro de família visando a sensibilização e/ou prevenção do idadismo em famílias idosas.

CONTEXTO

Estudos que incluam a intervenção do enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários.

TIPOS DE FONTES DE EVIDÊNCIA

Revisões de literatura, estudos no paradigma quantitativo, qualitativo ou mistos (ambos), primários ou secundários.

ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa foi feita em três etapas. Iniciou-se por uma pesquisa inicial na MEDLINE (via EBSCOhost) e CINAHL (Via EBSCOhost). Foram utilizados conceitos apresentados nos títulos e resumos dos artigos identificados, com recurso aos termos de indexação “AND” e “OR” para o desenho da estratégia de pesquisa. Na segunda etapa, a

estratégia de pesquisa incluiu as palavras-chave e termos indexados, ajustados de acordo com cada base de dados. Por fim, foi efetuada a análise da lista de estudos selecionados (Tabela 1).

Tabela 1 –Tabela de síntese de extração e dados

Título	Objetivo/ Metodologia	Número e Tipo de Estudos	Resultados
Autor(es)			
Ano/ País de origem			
“Do age stereotype-based interventions affect health-related outcomes in older adults? A systematic review and future directions” Rachel L. Knight, Aina Chalabaev, Melitta A. McNarry, Kelly A. Mackintosh, Joanne Hudson 2021/ Reino Unido	Avaliar a eficácia de intervenções, baseadas em estereótipos relacionados com a idade, sobre resultados de saúde em adultos com 50 ou mais anos, com o intuito de superar barreiras motivacionais específicas desta população e promover comportamentos saudáveis. Revisão sistemática de estudos de campo randomizados e não randomizados. Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE, SPORTDiscus, Scopus, Web of Science Core Collection e PsychINFO para identificar artigos publicados até maio de 2019. Os dados extraídos de forma independente, risco de viés foi avaliado utilizando as ferramentas da Cochrane Collaboration.	10 artigos (6 ensaios clínicos, randomizados; 4 não randomizados). Alguns estudos incluíram participantes com menos de 65 anos, mas a maioria tinha 65 anos ou mais.	Foram identificados alguns efeitos positivos nas componentes da função física, atividade física e percepções de envelhecimento. No entanto, a revisão destaca a escassez de investigações de alta qualidade sobre intervenções no mundo real que visam, direta ou indiretamente, combater os estereótipos de envelhecimento para melhorar os resultados de saúde. Apesar da limitação e da falta de robustez dos estudos disponíveis, o impacto potencial dessas intervenções não deve ser descartado. Estratégias mais subtis e de longa duração, assim como o contacto intergeracional, podem desempenhar um papel importante no envelhecimento saudável.

(continua)

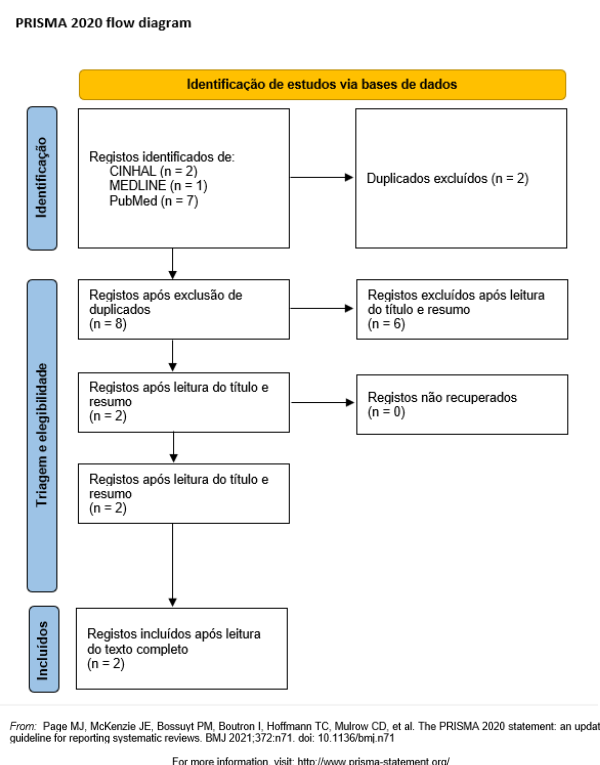
(continuação)

Título			
Autor(es)	Objetivo/ Metodologia	Número e Tipo de Estudos	Resultados
Ano/ País de origem			
"Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis." David Burnes, Christine Sheppard, Charles R. Henderson Jr, Monica Wassel, Richenda Cope, Chantal Barber, Karl Pillemer 2019/ EUA	Avaliar os efeitos relativos de três tipos de intervenções para reduzir o idadismo: educação, contacto intergeracional e uma combinação de educação com contacto intergeracional (revisão sistemática e meta-análise). Realizada uma PESQUISA nas seguintes bases de dados: PubMed, PsycINFO, AgeLine, EBSCO, Embase, CINAHL, Global Index Medicus, DARE, Epistemonikos, Cochrane Database of Systematic Reviews, Campbell Collaboration, PROSPERO, GreyLit e OpenGrey. Registos adicionais identificados (pesquisa manual de listas de referências de artigos relevantes). 2 revisores independentes.	63 estudos com um total de 6.124 participantes, predominantemente do sexo feminino (67,2%) e caucasianos (66,7%), , idade média de 22,4 anos. As amostras abrangeram diferentes grupos etários.	A meta-análise mostrou que intervenções como educação, contacto intergeracional e combinações destes reduziram significativamente o idadismo autopercebido. Os efeitos foram consistentes entre diferentes tipos de intervenção e foram particularmente fortes entre mulheres e jovens. A maioria dos estudos eram de pequena escala e baixo custo, com efeitos positivos e raros efeitos negativos. Intervenções combinadas de educação e contacto intergeracional foram especialmente eficazes e devem ser priorizadas para futuras pesquisas. A revisão destacou a necessidade de mais estudos em contextos diversos e focados em idosos.

RESULTADOS

Os estudos foram analisados de acordo com o Diagrama PRISMA flow (Figura 1). Foram identificados 10 estudos dos quais foram excluídos 2 duplicados. Ao longo do processo foram excluídos 6 após a leitura do título e resumo. A apresentação de resultados obtidos e respetiva análise foi organizada na tabela de síntese de extração e dados apresentada anteriormente (tabela 1).

Figura 1 - Diagrama Prisma flow 2020



DISCUSSÃO

O fenómeno idadismo, manifestado através de estereótipos, preconceitos e discriminação com base na idade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022), tem um impacto significativo na saúde física e mental das pessoas idosas. No entanto, a sua compreensão e reconhecimento como um fator modificável de risco para a saúde ainda são limitados, particularmente em contextos práticos e reais. A importância da autoperceção das famílias idosas em relação ao idadismo surge como um aspeto importante para promover a consciencialização e a mudança (Schumacher et al., 2010).

A análise dos dois estudos incluídos nesta scoping review revela a eficácia das intervenções destinadas a prevenir e reduzir o idadismo, com ênfase particular em programas que combinam educação e contacto intergeracional. Estes estudos demonstraram que tais intervenções têm a capacidade de reduzir significativamente os níveis de idadismo autopercebido. No entanto, a evidência existente sugere a necessidade de uma abordagem mais detalhada, que considere a internalização do idadismo pelos próprios idosos e como isso afeta a sua percepção e interação com o mundo ao seu redor.

O primeiro estudo evidenciou que as intervenções baseadas em estereótipos etários, quando bem implementadas, têm um impacto positivo na saúde física dos idosos, embora as limitações nos desenhos dos estudos e a variabilidade nos resultados sugiram cautela na interpretação. Estas intervenções, ao focarem em componentes educativos e intergeracionais, destacam a importância de estratégias integradas para abordar e reduzir o idadismo de forma eficaz (Knight et al., 2022).

O segundo estudo ressaltou a crescente necessidade de considerar o idadismo como um alvo primordial nas estratégias globais de saúde. A análise revelou que, embora os programas de intervenção tenham mostrado efeitos positivos, há uma lacuna significativa na investigação sobre a percepção interna dos idosos em relação ao idadismo e como isso pode ser influenciado. A falta de estudos que abordem diretamente as percepções dos próprios idosos sugere uma oportunidade crítica para a implementação de intervenções que envolvam ativamente esta população na sua própria avaliação e compreensão do idadismo (Burnes et al., 2019).

Neste contexto, o projeto de intervenção em enfermagem que pretendo implementar ganha relevância ao focar na identificação da frequência e natureza das situações idadistas percebidas pelas famílias, e ao cruzar esses resultados com a avaliação familiar. Esta abordagem não só contribui para uma maior compreensão e consciencialização sobre o idadismo, mas também promove uma base sólida para a criação de estratégias mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas das famílias idosas. A autopercepção desempenha um papel fundamental na mudança, pois ao reconhecer e refletir sobre as experiências idadistas, as famílias podem estar mais preparadas para adotar comportamentos e atitudes que promovam uma maior inclusão e respeito pelos idosos.

Portanto, a integração de uma avaliação sensível às percepções das pessoas idosas, aliada a um trabalho educacional, pode facilitar uma mudança substancial na forma como o idadismo é percebido e tratado. As conclusões dos estudos analisados sublinham a necessidade de intervenções que não apenas abordem o idadismo de forma direta, mas que também considerem o papel crítico da autopercepção na transformação das atitudes e comportamentos em relação ao envelhecimento. A participação ativa do enfermeiro especialista em saúde familiar será essencial para a implementação eficaz dessas estratégias, contribuindo para a melhoria da saúde e do bem-estar das famílias idosas e para o avanço no combate ao idadismo.

CONCLUSÃO

A presente scoping review destacou a crescente necessidade de abordar o idadismo, um fenômeno baseado em estereótipos e preconceitos relacionados com a idade, que tem impacto negativo na saúde e bem-estar das pessoas idosas. Existem ainda lacunas significativas na compreensão e na abordagem do idadismo, particularmente nas intervenções práticas e na autopercepção das famílias.

A revisão dos estudos disponíveis demonstrou que intervenções que combinam educação e contato intergeracional têm mostrado eficácia na redução do idadismo autopercebido entre os idosos. No entanto, as evidências atuais indicam a necessidade de um foco mais aprofundado na internalização do idadismo pelos próprios idosos e na forma como isso influencia sua percepção e interação com o mundo ao seu redor. A falta de estudos que explorem diretamente a percepção interna dos idosos sugere uma oportunidade para desenvolver intervenções que integrem ativamente esta população na avaliação e compreensão do idadismo.

O projeto de intervenção em enfermagem que pretendo implementar poderá ser particularmente relevante, pois visa identificar e analisar a frequência e a natureza das situações idadistas percebidas pelas famílias idosas, cruzando esses resultados com a avaliação familiar. Esta abordagem não apenas contribuirá para uma compreensão mais profunda do idadismo, mas também permitirá o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas das famílias idosas. A autopercepção desempenha um papel crucial na mudança, uma vez que reconhecer e refletir sobre

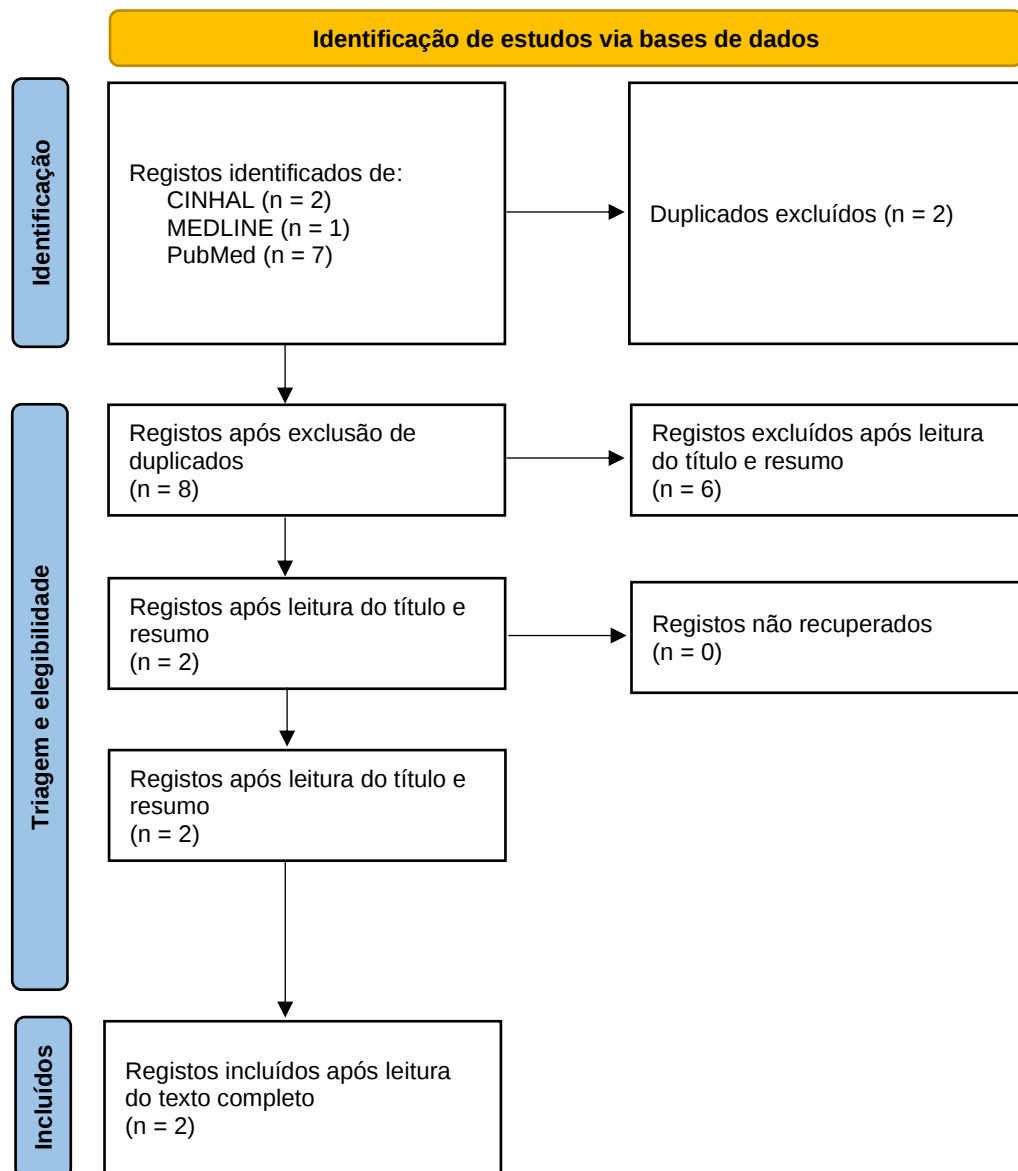
experiências idadistas pode preparar as famílias idosas para a adoção de comportamentos e atitudes que promovam maior inclusão e respeito.

Portanto, para enfrentar o idadismo de maneira eficaz, é fundamental integrar uma avaliação sensível às percepções dos idosos com um trabalho educacional direcionado. A participação ativa do enfermeiro especialista em saúde familiar será essencial para implementar essas estratégias, promovendo a melhoria da saúde e do bem-estar das famílias idosas e o combate ao idadismo. A revisão reforça a necessidade de intervenções que não apenas abordem diretamente o idadismo, mas que também considerem o papel da autopercepção na transformação das atitudes e comportamentos em relação ao envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 109*(8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.)).
- Knight, R. L., Chalabaev, A., McNarry, M. A., Mackintosh, K. A., & Hudson, J. (2022). Do age stereotype-based interventions affect health-related outcomes in older adults? A systematic review and future directions. *British Journal of Health Psychology, 27*(2), 338–373. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjhp.12548>
- Lei n.º 38/2023. (2023). Lei das Grandes Opções para 2023-2026. *Diário Da República, série I*(Nº 38 de 02-08-2023), 3–113.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Relatório mundial sobre o idadismo. In *Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)*. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
- Portaria n.º 119/2023. (2023). Procede à homologação do protocolo que cria o Centro de Competências de Envelhecimento Ativo. *Diário Da República, série I*(n.º 91 de 11-05-2023), 8–17.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (2010). HELPING ELDERLY PERSONS IN TRANSITION : A FRAMEWORK FOR RESEARCH AND PRACTICE. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and ituation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 139–142). Springer Publishing Company.

PRISMA 2020 flow diagram



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

UM MUNDO PARA TODAS AS IDADES

PASSE A PALAVRA

PASSE O FOLHETO

PARTICIPE E FAÇA A DIFERENÇA

Folheto elaborado através de ferramentas
online da OMS

Para Saber Mais Consulte o link a baixo ou Solicite
Mais Informações

Link para a OMS – IDADISMO »»» <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
sbarbosa@campus.esel.pt

O QUE É O IDADISMO?

IDADISMO, SEGUNDO A OMS, REFERE-SE À
FORMA COMO PENSAMOS
(ESTEREÓTIPOS), SENTIMOS
(PRECONCEITOS) E AGIMOS
(DISCRIMINAÇÃO) EM RELAÇÃO AOS
OUTROS OU A NÓS PRÓPRIOS, BASEANDO-
NOS APENAS NA IDADE

Contra
mim
mesmo?

No
trabalho?

Nos
serviços de
saúde?

Entre
diferentes
gerações?



O QUE
SIGNIFICA PARA
SI?

Acho estas
atitudes
aceitáveis?

Todos temos
experiências
para contar em
qualquer idade

COMO ESTAS ATITUDES
INFLUÊNCIAM O QUE
SENTIMOS E VIVEMOS

REFLETIR E EXPLORAR
QUAL O IMPACTO NA
NOSSA VIDA

AS MINHAS IDEIAS, HISTÓRIAS E LEMBRANÇAS

FAZER PARTE DA MUDANÇA

PERTENCER A UM GRUPO

ATIVIDADES NA COMUNIDADE

PERTENCER A PROJETOS

VOLUNTARIADO

**JUNTOS CRIAMOS UM
MUNDO PARA TODAS
AS IDADES**

**COMO NOS
PREJUDICA**

Ter
consciência
das atitudes

A DISCRIMINAÇÃO COM BASE
NA IDADE CAUSA IMPACTO EM
DIFERENTES DIMENSÕES DA
VIDA (física, psicológica, sociais
ou económicas)

Participar na
mudança

Acesso Limitado a Serviços ou Atividades

Preconceitos que causam ansiedade ou tristeza

Auto-imagem negativa

Isolamento ou Exclusão Social

Limitação na progressão ou evolução profissional

**É URGENTE COMBATER O IDADISMO E
CRIAR UM AMBIENTE DE RESPEITO E
IGUALDADE PARA TODAS AS IDADES**

INFOGRAFIA



MUNDIALMENTE
1 EM CADA 2
PESSOAS É
IDADISTA



NA EUROPA
1 EM CADA 3
ENTREVISTADOS É
VÍTIMA DE
IDADISMO



O IDADISMO PIORA A QUALIDADE DE VIDA
DAS PESSOAS IDOSAS, AUMENTA O SEU
ISOLAMENTO SOCIAL E SUA SOLIDÃO



CONVERSAS QUE FAZEM A DIFERENÇA

CONVERSAR MAIS

FALAR DAS NOSSAS EXPERIÊNCIAS
PASSADAS E PRESENTES

ATITUDE CURIOSA COM O OUTRO

O que tu és
hoje, eu já o fui

E o que eu sou
hoje, tu irás ser

PARTILHAR AS NOSSAS HISTÓRIAS É DAR AO
OUTRO A NOSSA VISÃO E PROMOVER UM
ENTENDIMENTO MAIS PROFUNDO ENTRE NÓS

Apêndice VII Perguntas-chave e elogios
(3 momentos de intervenção)

PERGUNTAS CHAVE PARA OS 3 MOMENTOS/ RESPOSTAS

1º Momento

Início da Conversação Terapêutica e Entrega do Questionário Ageism Survey

Objetivo

Introduzir o tema do idadismo de forma cuidadosa, explicar a importância do fenómeno e criar um ambiente de confiança (incentivar a partilha de experiências sem provocar desconforto)

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Tem sentido, em algum momento da sua vida, que foi tratado de forma diferente por causa da sua idade?" (partilhar experiências pessoais de discriminação sem ser muito invasiva, permitir que a pessoa reflita sobre as mesmas)
2. "Como descreveria a forma como as outras pessoas à sua volta, o tratam devido à sua idade?" (explorar a autoperceção sobre as relações sociais e familiares ou outras, abrir espaço para identificar dinâmicas de interação que possam estar influenciadas pelo idadismo)
3. "Gostaria de partilhar algum momento em que se tenha sentido desvalorizado ou excluído devido à sua idade?" (encorajar a partilha de episódios específicos, proporcionar uma visão inicial de situações idadistas que possam ter acontecido)

Eventual elogio: Parecem gostar de falar e refletir sobre assuntos novos e isso é uma coisa positiva

2º Momento

Explicação do Fenómeno Idadismo e Exploração do Folheto

Objetivo

Após a avaliação inicial e o preenchimento do questionário, é importante explicar o conceito de idadismo e explorar como ele se manifesta. As perguntas incentivam a reflexão sobre os próprios pensamentos e sentimentos em relação ao fenómeno, facilitando a exploração do folheto informativo.

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Agora que falámos um pouco sobre o idadismo, consegue identificar algum exemplo de como isso pode ter afetado a forma como se vê ou é tratado pelas outras pessoas?" (facilitar a ligação entre a teoria e as experiências pessoais, ajudar a identificar situações de idadismo)
2. "Como acha que estas atitudes, que podem ser consideradas idadistas, têm impacto na forma como se sente e se relaciona com os outros?" (facilitar a reflexão sobre os efeitos emocionais e sociais do idadismo na sua vida e nas suas interações)

3. "Depois de termos explorado este folheto sobre idadismo, há alguma coisa que lhe tenha chamado mais a atenção ou que considere importante para a sua experiência pessoal?" (permitir a exploração das reações ao conteúdo do folheto e verificar se ele reconhece os exemplos ou comportamentos mencionados na sua própria vida)

Eventual elogio: A reflexão revela uma capacidade de crescer e de se ajustar a novas informações. É um passo muito positivo. As suas conclusões demonstram sensibilidade e consciência. Nem todos conseguem. Isso reflete curiosidade e abertura para aprender mais sobre si e as suas experiências, o que é uma qualidade muito importante.

3º Momento

Aplicação do Segundo Questionário e Finalização da Relação Terapêutica

Objetivo

Avaliar o impacto da intervenção e o progresso na compreensão e gestão do idadismo. Permitir a partilha de mudanças nas autopercepções e sentimentos e realizar uma reflexão sobre os ganhos.

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Depois da nossa última conversa e da reflexão sobre o idadismo, notou alguma mudança na forma como se sente em relação à sua idade ou ao modo como é tratado?" (avaliar se houve alguma mudança na autopercepção sobre o tratamento que recebe ou na forma como vê o idadismo)

2. "O que considera que foi mais útil ou importante nestes encontros sobre idadismo? Há alguma coisa que tenha aprendido ou sentido de forma diferente ? (partilhar impressões sobre o processo de intervenção, permitindo que se reconheça os benefícios ou aprendizagens feitas)

3. "Agora que já passámos por este processo, há algo que gostaria de continuar a refletir ou discutir com a sua família sobre o idadismo e como ele pode ser superado? Explorar ou dar este folheto a eles poderia ajudar ?" (abrir o caminho para uma continuidade da reflexão e possivelmente para que promova conversas familiares sobre o tema no futuro)

Eventual elogio: Parecem ter ganho maior consciência sobre o idadismo. Ser capaz de reconhecer e falar sobre estas situações mostra muita coragem e crescimento. Levar esta conversa para a sua família, demonstra iniciativa em promover mudanças nas suas relações.

Apêndice VIII Tabelas de dados (de A a I)

Tabela A

Distribuição da amostra por sexo

Variável demográfica	n	%
Sexo		
Feminino	11	48
Masculino	12	52
Total	23	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Valores arredondados para números inteiros.

Tabela B

Distribuição da amostra por idade

Variável demográfica	n	%
Idade		
65 – 69 anos	2	9
70 – 74 anos	6	26
75 – 79 anos	2	9
80 – 84 anos	6	26
85 ou mais anos	7	30
Total	23	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Valores arredondados para números inteiros.

Tabela C

Distribuição da amostra por nível de instrução

Variáveis demográfica	n	%
Escolaridade ≥ 4 - < 9 anos	9	39
12º ano / escolaridade ≥ 9 anos	3	13
Bacharelato / Curso superior duração ≤ 3 anos	4	17
Licenciatura / Mestrado / Doutorado	7	31
Total	23	100

Legenda: NSL/E – não sabe ler ou escrever

Nota: níveis de instrução do Graffar adaptado (Figueiredo, 2012)

Tabela D

Distribuição da amostra por tipo de família

Tipo de família	n	%
Casal	10	63
Unipessoal	6	37
Total	16	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Valores arredondados para números inteiros.

Tabela E**Distribuição das respostas: 'Função das relações' por 'Tipo de contacto'**

Tipo de contacto	Companhia social		Apoio emocional		Guia cognitivo		Regulação social		Ajuda material		Acesso a novos contactos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pessoal	19	83	13	57	12	52	17	74	0	0	21	91
Telefónico	4	17	10	43	6	26	0	0	0	0	0	0
Carta/Email	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outro	0	0	0	0	0	0	0	0	4	17	0	0
Não responde	0	0	0	0	5	22	6	26	19	83	2	9
Total	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa. Valores arredondados para números inteiros.**Tabela F****Distribuição das respostas: 'Função das relações' por 'Intensidade de contacto'**

Tipo de contacto	Companhia social		Apoio emocional		Guia cognitivo		Regulação social		Ajuda material		Acesso a novos contactos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diário	15	65	14	61	9	39	16	70	0	0	6	26
Semanal	6	26	3	13	1	4	0	0	0	0	3	13
Quinzenal	1	4	1	4	2	9	1	4	0	0	6	26
Mensal	1	4	4	17	5	22	0	0	4	17	2	9
Outro	0	0	1	4	1	4	0	0	0	0	4	17
Não responde	0	0	0	0	5	22	6	26	19	83	2	9
Total	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa. Valores arredondados para números inteiros.**Tabela G****Distribuição das respostas: 'Função das relações' por Vínculo familiar/social**

Tipo de contacto	Companhia social		Apoio emocional		Guia cognitivo		Regulação social		Ajuda material		Acesso a novos contactos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cônjuge	2	9	9	39	5	22	13	57	0	0	0	0
Filho/a	4	17	5	22	4	17	2	9	0	0	3	13
Família	7	30	8	35	6	26	1	4	0	0	8	35
Amigos(s)	2	9	0	0	0	0	1	4	0	0	2	9
Vizinho(s)	7	30	0	0	0	0	0	0	0	0	6	26
Serviços	1	4	1	4	3	13	0	0	4	17	2	9
Não responde	0	0	0	0	5	22	6	26	19	83	2	9
Total	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100

Nota: n = frequência absoluta; % = frequência relativa. Valores arredondados para números inteiros.

Tabela H**Distribuição da amostra por classe social**

Classe social	n	%
Média baixa	8	50
Média	3	19
Média alta	4	25
Alta	1	6
Total	16	100

Nota: *n* = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Valores arredondados para números inteiros.

Tabela I**Distribuição da amostra por funcionalidade familiar**

Funcionalidade familiar	n	%
Família altamente funcional	18	78
Família com moderada disfunção	5	22
Total	23	100

Nota: *n* = frequência absoluta; % = frequência relativa. Valores arredondados para números inteiros.

**Apêndice IX Tabela de percentagem de reconhecimento de
diferentes episódios de discriminação devido à
idade avançada
(nas amostras da USF e portuguesa)**

Tabela**Percentagem de reconhecimento de diferentes episódios de discriminação devido à idade avançada (nas amostras da USF e Portuguesa)**

Item	Reconhecimento de Discriminação					
	USF (n=23)			Portugal (n=324)*		
	<i>Nunca</i>	<i>1 Vez</i>	<i>>1 Vez</i>	<i>Nunca</i>	<i>1 Vez</i>	<i>>1 Vez</i>
1. Contar anedota	52	17	30	79	5	16
2. Enviar cartão	91	4	4	99	1	0
3. Ser ignorado	78	9	13	77	9	14
4. Sofrer insulto	74	13	13	84	7	9
5. Paternalismo	57	4	39	79	9	11
6. Recusa de arrendamento	100	0	0	99	1	0
7. Obter empréstimo	91	9	0	97	3	0
8. Negar liderança	100	0	0	90	1	8
9. Rejeição p/ aparência	100	0	0	91	3	6
10. Falta de respeito	70	13	17	86	5	9
11. Ignorado p/ empregado	91	4	4	97	2	1
12. Associar dores a idade	78	17	4	68	14	18
13. Negar tratamento	100	0	0	95	2	3
14. Negar emprego	96	4	0	95	4	1
15. Negar promoção	96	4	0	96	2	1
16. Assumir surdez	52	13	35	70	11	19
17. Assumir incompreensão	57	13	30	70	9	21
18. Ser demasiado velho	74	17	9	86	6	8
19. Casa vandalizada	100	0	0	98	1	1
20. Vítima de crime	100	0	0	95	3	2
Média	83	7	10	88	5	7

**Apêndice X Distribuição das respostas (%) ao Ageism Survey
por classe social, segundo Graffar adaptado**

Classe Social	Alta (I)			Média alta (II)			Média (III)			Média baixa (IV)			Baixa (V)		
Ageism Survey	nunca	1 vez	> 1 vez	nunca	1 vez	> 1 vez	nunca	1 vez	> 1 vez	nunca	1 vez	> 1 vez	nunca	1 vez	> 1 vez
Item 1	100	0	0	20	40	40	40	20	40	67	8	25	0	0	0
Item 2	100	0	0	80	0	20	100	0	0	92	8	0	0	0	0
Item 3	100	0	0	80	20	0	100	0	0	67	8	25	0	0	0
Item 4	100	0	0	80	20	0	100	0	0	58	17	25	0	0	0
Item 5	0	0	100	100	0	0	20	20	60	58	0	42	0	0	0
Item 6	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 7	100	0	0	80	20	0	100	0	0	92	8	0	0	0	0
Item 8	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 9	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 10	0	0	100	80	20	0	100	0	0	58	17	25	0	0	0
Item 11	100	0	0	60	20	20	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 12	100	0	0	60	40	0	100	0	0	75	17	8	0	0	0
Item 13	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 14	100	0	0	100	0	0	100	0	0	92	8	0	0	0	0
Item 15	100	0	0	100	0	0	80	20	0	100	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	100	40	20	40	80	20	0	50	8	42	0	0	0
Item 17	0	100	0	60	20	20	60	0	40	58	8	33	0	0	0
Item 18	100	0	0	20	60	20	100	0	0	83	8	8	0	0	0
Item 19	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Item 20	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0

**Apêndice XI Frequência de episódios de idadismo
vivenciados por classe social (*Graffar*)**

Tabela

Frequência de episódios de idadeísmo por classe social*

Frequência de Idadismo	IV		III		II		I	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca (0 vezes)	1	8	0	0	0	0	0	0
Raramente (1 a 2 vezes)	5	42	4	80	1	20	0	0
Algumas vezes (3 a 5 vezes)	3	25	1	20	3	60	1	100
Várias vezes (> 5 vezes)	3	25	0	0	1	20	0	0
Total	12	100	5	100	4	100	1	100

Legenda: IV = classe social média baixa; III = classe social média; II = classe social média alta;

I = classe social alta

Nota: * avaliada através notação social da família (Graffar adaptada) (Figueiredo, 2012)

**Apêndice XII Frequência de episódios de idadismo por
funcionalidade familiar, segundo APGAR**

Tabela

Frequência de episódios de idadismo por funcionalidade familiar*

Frequência de Idadismo	FAF		FMD	
	n	%	n	%
Nunca (0 vezes)	1	5	0	0
Raramente (1 a 2 vezes)	3	16	2	50
Algumas vezes (3 a 5 vezes)	6	32	1	25
Várias vezes (> 5 vezes)	9	47	1	25
Total	19	100	4	100

Legenda: FAF = Família altamente funcional; FMD = Família com moderada disfunção

Nota: * avaliada pelo APGAR familiar de Smilkstein (1978) (Figueiredo, 2012)

Apêndice XIII Frequência de episódios de idadismo por
funcionalidade familiar
(diferenças entre sexos)

Tabela

Frequência de episódios de idadismo por funcionalidade familiar* - diferenças entre sexos

Frequência de Idadismo (%)	Homens				Mulheres			
	FAF		FMD		FAF		FMD	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Nunca (0 vezes)	0	0	0	0	1	11	0	0
Raramente (1 a 2 vezes)	3	30	0	0	6	67	1	50
Algumas vezes (3 a 5 vezes)	5	50	1	50	1	11	1	50
Várias vezes (> 5 vezes)	2	20	1	50	1	11	0	0
Total	10	100	2	100	9	100	2	100

Legenda: FAF = Família altamente funcional; FMD = Família com moderada disfunção

Nota: Valores arredondados para números inteiros; * avaliada pelo APGAR familiar de Smilkstein (1978) (Figueiredo, 2012)

Apêndice XIV Plano de cuidados das famílias idosas
dimensão estrutural do MDAIF

PLANO DE CUIDADOS DAS FAMÍLIAS IDOSAS – DIMENSÃO ESTRUTURAL DO MDAIF

DIAGNÓSTICO FAMILIAR: **Risco de isolamento da família idosa**

Objetivos Promover a consciência sobre o risco de isolamento social

Intervenções

Domínio Cognitivo Realização de conversação familiar (discussão acerca das consequências do isolamento social)

Domínio Afetivo Promoção da comunicação expressiva de emoções através de abordagens narrativas e cartas terapêuticas

Domínio comportamental Colaboração com a família idosa na identificação de estratégias comportamentais, visando promover a comunicação e o envolvimento social.

Indicadores

Taxa de envolvimento nas intervenções propostas = Percentagem de famílias idosas que participaram nas intervenções propostas/ nº total de famílias idosas

Taxa de interação social = Número de interações sociais por semana entre família idosa e família extensa ou outros membros da comunidade/ nº total de famílias idosas

Resultados

Apêndice XV Percentagem de reconhecimento de diferentes
episódios de discriminação devido à idade
avançada
(1ª e 2ª aplicação do *Ageism Survey* na USF)

Tabela**Percentagem de reconhecimento de diferentes episódios de discriminação devido à idade avançada (na 1ª e 2ª aplicação do Ageism Survey na USF)**

Item	Reconhecimento de Discriminação					
	1ª avaliação			2ª avaliação		
	<i>Nunca</i>	<i>1 Vez</i>	<i>>1 Vez</i>	<i>Nunca</i>	<i>1 Vez</i>	<i>>1 Vez</i>
1. Contar anedota	52	17	30	45	5	50
2. Enviar cartão	91	4	4	82	9	9
3. Ser ignorado	78	9	13	64	4	32
4. Sofrer insulto	74	13	13	59	5	36
5. Paternalismo	57	4	39	23	13	64
6. Recusa de arrendamento	100	0	0	100	0	0
7. Obter empréstimo	91	9	0	91	9	0
8. Negar liderança	100	0	0	100	0	0
9. Rejeição p/ aparência	100	0	0	100	0	0
10. Falta de respeito	70	13	17	64	9	27
11. Ignorado p/ empregado	91	4	4	73	9	18
12. Associar dores a idade	78	17	4	59	5	36
13. Negar tratamento	100	0	0	100	0	0
14. Negar emprego	96	4	0	91	9	0
15. Negar promoção	96	4	0	95	5	0
16. Assumir surdez	52	13	35	32	5	64
17. Assumir incompreensão	57	13	30	32	0	68
18. Ser demasiado velho	74	17	9	64	5	32
19. Casa vandalizada	100	0	0	100	0	0
20. Vítima de crime	100	0	0	100	0	0
Média	83	7	10	74	4	22

**Apêndice XVI Análise qualitativa global das perguntas-chave
e elogios (3 momentos de intervenção)**

PERGUNTAS CHAVE PARA OS 3 MOMENTOS/ RESPOSTAS

1º Momento

Início da Conversação Terapêutica e Entrega do Questionário Ageism Survey

Objetivo

Introduzir o tema do idadismo de forma cuidadosa, explicar a importância do fenómeno e criar um ambiente de confiança (incentivar a partilha de experiências sem provocar desconforto)

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Tem sentido, em algum momento da sua vida, que foi tratado de forma diferente por causa da sua idade?" (partilhar experiências pessoais de discriminação sem ser muito invasiva, permitir que a pessoa reflita sobre as mesmas)

A maioria das respostas a esta pergunta foi no sentido de hesitação em partilhar exemplos específicos, com muitos a referirem que "não sei bem" ou "talvez algumas vezes". Alguns comentaram que "talvez agora, que sou mais velho, as pessoas ajudem mais, mas acho que é normal", mostrando pouca reflexão sobre possíveis discriminações.

2. "Como descreveria a forma como as outras pessoas à sua volta, o tratam devido à sua idade?" (explorar a autoperceção sobre as relações sociais e familiares ou outras, abrir espaço para identificar dinâmicas de interação que possam estar influenciadas pelo idadismo)

Muitas respostas foram vagas, referem que "as pessoas tratam-me bem" ou "não noto muita diferença", sem aprofundar as interações. Alguns disseram que "acho que a família tenta ajudar, mas não sei se é por causa da idade", revelando alguma incerteza e falta de reflexão sobre as dinâmicas sociais.

3. "Gostaria de partilhar algum momento em que se tenha sentido desvalorizado ou excluído devido à sua idade?" (encorajar a partilha de episódios específicos, proporcionar uma visão inicial de situações idadistas que possam ter acontecido)

A maioria das respostas indicou timidez em falar sobre experiências negativas, com respostas como "não sei se me lembro de alguma coisa assim" ou "nunca pensei muito nisso". Quando mencionaram algum episódio, foi de forma breve, sem grande elaboração, como "às vezes, as pessoas falam como se eu não entendesse, mas acho que não fazem por mal".

Eventual elogio: Parecem gostar de falar e refletir sobre assuntos novos e isso é uma coisa positiva

2º Momento

Explicação do Fenômeno Idadismo e Exploração do Folheto

Objetivo

Após a avaliação inicial e o preenchimento do questionário, é importante explicar o conceito de idadismo e explorar como ele se manifesta. As perguntas incentivam a reflexão sobre os próprios pensamentos e sentimentos em relação ao fenômeno, facilitando a exploração do folheto informativo.

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Agora que falamos um pouco sobre o idadismo, consegue identificar algum exemplo de como isso pode ter afetado a forma como se vê ou é tratado pelas outras pessoas?" (facilitar a ligação entre a teoria e as experiências pessoais, ajudar a identificar situações de idadismo)

A maioria das respostas indicou que começavam a refletir sobre comportamentos que antes consideravam normais. Muitos disseram coisas como "agora que penso nisso, talvez as pessoas me vejam mais como frágil" ou "sim, acho que às vezes me tratam como se eu já não conseguisse fazer certas coisas sozinho", mas sem ainda muita compreensão sobre idadismo.

2. "Como acha que estas atitudes, que podem ser consideradas idadistas, têm impacto na forma como se sente e se relaciona com os outros?" (facilitar a reflexão sobre os efeitos emocionais e sociais do idadismo na sua vida e nas suas interações)

As respostas mostraram que começavam a reconhecer um impacto emocional, com comentários como "às vezes, sinto-me mais inútil quando insistem em fazer tudo por mim" ou "talvez isso me faça sentir um pouco mais afastado, como se já não pudesse contribuir como antes", mas ainda de forma tímida.

3. "Depois de termos explorado este folheto sobre idadismo, há alguma coisa que lhe tenha chamado mais a atenção ou que considere importante para a sua experiência pessoal?" (permitir a exploração das reações ao conteúdo do folheto e verificar se ele reconhece os exemplos ou comportamentos mencionados na sua própria vida)

A maioria respondeu que o folheto os ajudou a identificar comportamentos que não viam antes como idadistas, com frases como "acho que nunca pensei nisso assim, mas faz sentido", mostrando uma certa surpresa com as novas informações.

Eventual elogio: A reflexão revela uma capacidade de crescer e de se ajustar a novas informações. É um passo muito positivo. As suas conclusões demonstram sensibilidade e consciência. Nem todos conseguem. Isso reflete curiosidade e abertura para aprender mais sobre si e as suas experiências, o que é uma qualidade muito importante.

3º Momento

Aplicação do Segundo Questionário e Finalização da Relação Terapêutica

Objetivo

Avaliar o impacto da intervenção e o progresso na compreensão e gestão do idadismo. Permitir a partilha de mudanças nas autopercepções e sentimentos e realizar uma reflexão sobre os ganhos.

Perguntas chave e Resposta mais frequentes

1. "Depois da nossa última conversa e da reflexão sobre o idadismo, notou alguma mudança na forma como se sente em relação à sua idade ou ao modo como é tratado?" (avaliar se houve alguma mudança na autopercepção sobre o tratamento que recebe ou na forma como vê o idadismo)

A maioria das respostas indicou um aumento da consciência em relação ao idadismo. Alguns afirmaram que agora "percebem melhor quando estão a ser tratados de forma diferente por causa da idade" e alguns até mencionaram "já comecei a reparar mais nessas atitudes e até a falar sobre isso", demonstrando mais confiança em reconhecer e enfrentar essas situações.

2. "O que considera que foi mais útil ou importante nestes encontros sobre idadismo? Há alguma coisa que tenha aprendido ou sentido de forma diferente ? (partilhar impressões sobre o processo de intervenção, permitindo que se reconheça os benefícios ou aprendizagens feitas)

As respostas mais frequentes mostraram que os idosos valorizaram a oportunidade de refletir sobre as suas experiências e sentimentos, com comentários como "acho que foi bom perceber que essas coisas não deviam ser normais e que até são estudadas" e "foi importante pensar mais sobre o que eu sinto e poder falar sobre isso", "sabendo que não é uma coisa só minha", evidenciando uma maior abertura emocional e introspeção.

3. "Agora que já passámos por este processo, há algo que gostaria de continuar a refletir ou discutir com a sua família sobre o idadismo e como ele pode ser superado? Explorar ou dar este folheto a eles poderia ajudar ?" (abrir o caminho para uma continuidade da reflexão e possivelmente para que promova conversas familiares sobre o tema no futuro)

A maioria expressou vontade de continuar a conversa com a família, com respostas como "sim, acho que vamos falar com os nossos filhos sobre isto" ou "talvez seja bom que todos pensem nisso e mudem qualquer coisa". Alguns até mencionaram que leram sobre o assunto em jornais ou conversado com amigos, o que mostra uma maior proatividade em levar o tema para o seu círculo familiar/social.

Eventual elogio: Parecem ter ganho maior consciência sobre o idadismo. Ser capaz de reconhecer e falar sobre estas situações mostra muita coragem e crescimento. Levar esta conversa para a sua família, demonstra iniciativa em promover mudanças nas suas relações.

Apêndice XVII Plano de cuidados das famílias idosas
dimensão funcional do MDAIF

DIAGNÓSTICO FAMILIAR: **Risco de processo familiar disfuncional relacionado com comunicação inadequada e adaptação insuficiente**

Objetivos	Avaliar a funcionalidade familiar e identificar áreas de possível disfunção
Intervenções	
<u>Domínio Cognitivo</u>	Preenchimento do instrumento APGAR familiar de Smilkstein por cada membro da família idosa (percepção individual da funcionalidade da família)
<u>Domínio Afetivo</u>	Reflexão acerca dos resultados individuais do APGAR com a família idosa explorando sentimentos e percepções individuais em família após autorização
<u>Domínio comportamental</u>	Reavaliar a funcionalidade familiar após uma intervenção para monitorização de mudanças
Indicadores	Taxa de resposta ao <i>Ageism Survey</i> (1º momento e 2º momento) Meta para alteração na percepção de funcionalidade familiar após a intervenção
Resultados	Observou-se uma melhoria nas percepções de funcionalidade familiar conforme refletido no score comparativo dos dois momentos de avaliação através do instrumento APGAR (ver tabela abaixo), nos itens 4 (manifestação dos sentimentos) e 5 (tempo passado em família)

Valores comparativos dos dois momentos de avaliação da funcionalidade familiar - APGAR Familiar de Smilkstein

Perguntas		1º momento			2º momento		
↓	pontuação →	0	1	2	0	1	2
Item 1		0	7	16	0	7	16
Item 2		0	6	17	0	6	17
Item 3		2	5	16	2	5	16
Item 4		0	6	17	0	5	18
Item 5		0	11	12	0	9	14
Total		2	35	78	2	32	81

**Apêndice XVIII Valores comparativos dos dois momentos de
avaliação da funcionalidade familiar**

Tabela

Valores comparativos dos dois momentos de avaliação da funcionalidade familiar

<i>APGAR</i> Familiar de Smilkstein	1º momento			2º momento		
	0	1	2	0	1	2
Item 1	0	7	16	0	7	16
Item 2	0	6	17	0	6	17
Item 3	2	5	16	2	5	16
Item 4	0	6	17	0	5	18
Item 5	0	11	12	0	9	14
Total	2	35	78	2	32	81