



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

**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

Susana Janeiro de Almeida Braga Barbosa

**Lisboa
2024**



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

**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

Susana Janeiro de Almeida Braga Barbosa

Orientadora: Maria de Fátima Moreira Rodrigues

**Lisboa
2024**

“Só há igualdade se se atender à diferença”

Vasco Pinto Magalhães [S.J.]

Dedico este percurso a todos os que foram, são e serão
cuidados por mim. É também por eles que procuro
aperfeiçoar-me.

Agradecimento

À minha família, que sempre esteve ao meu lado, o meu mais profundo reconhecimento e gratidão. Este trabalho é o resultado de um percurso que não teria sido possível sem o apoio incondicional daqueles que mais amo.

À minha mãe e ao meu marido, pelo amor e paciência, mesmo nos momentos em que o tempo foi curto e a ausência foi longa. À minha prima Helena que deixou o Porto para me apoiar incondicionalmente. Aos meus filhos, que me ensinaram o significado de resiliência e motivação.

À Sónia Alves minha companheira desta exigente viagem.

Às minhas amigas, que mais parecem irmãs, obrigada por estarem sempre presentes, por cada palavra de incentivo, e por me fazerem sorrir mesmo nos dias mais difíceis.

À minha equipa no hospital, que soube compreender e apoiar, mesmo quando a minha ausência se repercutiu em excesso de trabalho, o meu sincero reconhecimento.

A todos os colegas, professores e orientadores que partilharam o conhecimento comigo de forma compassiva e empática e me ajudaram a encontrar o caminho certo, deixo o meu agradecimento especial.

Resumo

As desigualdades comprometem o bem-estar das famílias ao longo do ciclo vital. O enfermeiro especialista em saúde familiar, atua de forma sensível e orientada para a equidade. Este relatório descreve a experiência de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e decorreu em dois contextos, com a finalidade de adquirir e desenvolver competências clínicas especializadas que sustentem uma prática centrada na família. Numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados foi conduzido um estudo de caso com uma família nuclear imigrante, obtendo ganhos em saúde como facilitador de transições saudáveis, através de intervenções culturalmente congruentes. Numa Unidade de Saúde Familiar desenvolvi um projeto de intervenção de enfermagem de saúde familiar numa perspetiva antecipatória (prevenção primária), centrado na autoperceção do idadismo e na capacitação de famílias idosas. **Objetivo:** Contribuir para a capacitação das famílias idosas na sensibilização e prevenção do idadismo **Metodologia:** Realizada uma revisão de scoping. O estudo, de natureza descritiva, transversal e quantitativa, envolveu 16 famílias (23 membros), com dados recolhidos através do *Ageism Survey, Graffar* adaptado e *APGAR Familiar*, analisados estatisticamente no Microsoft Excel©. As intervenções sistémicas basearam-se na Teoria das Transições de Meleis, no Processo de Enfermagem de Família e no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo. **Discussão:** Os resultados sugerem que o idadismo é frequentemente percebido como recorrente, com variações entre classes sociais e níveis de funcionalidade familiar. Após as intervenções sistémicas que incluíram conversação terapêutica, observou-se um aumento da autoperceção sugerindo aumento da consciência sobre o fenómeno. Os participantes manifestaram interesse em abordar o tema com a família extensa e comunidade. **Conclusão:** A prática especializada é eficaz na promoção da equidade em saúde e reforço da literacia em situações de vulnerabilidade, obtendo ganhos em saúde para as famílias cuidadas.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Enfermeiros de Saúde Familiar; Idadismo; Pessoas Idosas.

Abstract

Inequities compromise the well-being of families throughout the life cycle. The Family Health Nurse Specialist intervenes with sensitivity and a strong orientation toward equity. This report outlines the internship experience undertaken as part of the Master's Degree in Community Nursing, with a specialization in Family Health Nursing. The internship was conducted in two distinct healthcare settings, with the aim of acquiring and developing advanced clinical competencies to support a family-centered practice. In a Personalized Healthcare Unit, a case study was conducted with an immigrant nuclear family, resulting in measurable health gains by facilitating healthy transitions through culturally congruent interventions. In a Family Health Unit, a family health nursing intervention project was developed from an anticipatory perspective (primary prevention), focusing on the self-perception of ageism and the empowerment of elderly families. **Objective:** To contribute to the empowerment of elderly families in raising awareness of and preventing ageism. **Methodology:** A scoping review was carried out. The study followed a descriptive, cross-sectional, and quantitative design and involved 16 families (23 members). Data were collected using the Ageism Survey, the adapted Graffar Scale, and the Family APGAR, and were statistically analysed using Microsoft Excel©. The systemic interventions were grounded in Meleis' Transitions Theory, the Family Nursing Process, and Figueiredo's Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. **Discussion:** The results suggest that ageism is frequently perceived as a recurrent phenomenon, with variations across social classes and levels of family functionality. Following the systemic interventions - which included therapeutic conversations - there was an observed increase in participants' self-perception, indicating heightened awareness of the phenomenon. Participants expressed interest in discussing the topic with their extended families and within their communities. **Conclusion:** Specialized nursing practice proves effective in promoting health equity and strengthening health literacy in contexts of vulnerability, leading to improved health outcomes for the families under care.

Keywords: Ageism; Elderly People; Family Health Nurses; Primary Health Care.

Abreviaturas e Siglas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS LVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI-CSP	Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários
CCEE	Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista
CEEEEC ESF	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
CES	Comissão de Ética para a Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos)
ESF	Enfermagem de Saúde Familiar
INE	Instituto Nacional de Estatística
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCC	População-Conceito-Contexto
PE	Processo de Enfermagem
ScR	Scoping Review
SF	Saúde Familiar
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
UC	Unidade Curricular
USF	Unidade de Saúde Familiar

Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária - utentes inscritos na UCSP.....	19
Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da USF	25
Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da orientadora clínica	25
Figura 4 - Habitantes por grupo etário, 1974 - 2022	28
Figura 5 - Modelo da Teoria das Transições adaptado ao fenómeno de Idadismo	35
Figura 6 - momentos de interação terapêutica	38

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Plano de cuidados das famílias idosas – dimensão de desenvolvimento do

MDAIF52

Resumo

Abstract

Abreviaturas e Siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Índice

Introdução	14
1. Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar	18
1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	18
1.2. Unidade de Saúde Familiar	23
2. Projeto de Intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar	27
2.1. Revisão de scoping.....	29
2.2. Enquadramento Teórico	30
2.3. Metodologia.....	37
2.3.1. Objetivos	37
2.3.2. Participantes	38
2.3.3. Recolha de dados	38
2.4. Apresentação e discussão de resultados.....	40
2.4.1. Análise dos dados da família.....	41
2.4.2. Planeamento, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem..	50
2.5. Impacto, limitações e perspetivas futuras.....	54
3. Apresentação de Competências Adquiridas e Desenvolvidas	58
Considerações Finais	63
Referências Bibliográficas	65

Anexos e Apêndice (volume II)

Anexos

Anexo I.	Autorização para utilização do <i>Ageism Survey</i>
Anexo II.	<i>Ageism Survey</i>
Anexo III.	Representação das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação
Anexo IV.	Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde
Anexo V.	Instrumento de colheita de dados
Anexo VI.	Folheto: Alegria de Viver
Anexo VII.	ANEXO II do Regulamento 428/ 2018 de 16 de julho
Anexo VIII.	ANEXOS I, II, III, IV do Regulamento 140/ 2019 de 6 de fevereiro
Anexo IX.	Webinar: Decidir para Cuidar – Tomada de Decisão <i>em Enfermagem</i>
Anexo X.	Webinar: Investigação na Prática Clínica do Enfermeiro
Anexo XI.	Webinar: Psicogenealogia – como a família influencia o nosso comportamento
Anexo XII.	Webinar: Ansiedade generalizada: o lugar das preocupações
Anexo XIII.	Certificados de atividades realizadas no âmbito do Estágio clínico/ Projeto de intervenção em enfermagem
Anexo XIV.	Infografia/ Instituto Nacional de Estatística – Censos 2022

Apêndices

Apêndice I.	Estudo de caso: “Cuidar de uma Família Nuclear de Imigrantes”
Apêndice II.	APÊNDICES do estudo de caso
Apêndice III.	Planos de cuidados do estudo de caso
Apêndice IV.	Revisão de scoping
Apêndice V.	Fluxograma PRISMA-ScR
Apêndice VI.	Folheto: “O que é o Idadismo ?”
Apêndice VII.	Perguntas-chave e elogios (3 momentos de intervenção)
Apêndice VIII.	Tabelas de dados (de A a I)

- Apêndice IX. Tabela de percentagem de reconhecimento de diferentes episódios de discriminação devido à idade (nas amostras da USF e portuguesa)
- Apêndice X. Distribuição das respostas (%) ao *Ageism Survey* por classe social, segundo Graffar adaptado
- Apêndice XI. Frequência de episódios de idadeismo vivenciados por classe social (*Graffar*)
- Apêndice XII. Frequência de episódios de idadeismo por funcionalidade familiar, segundo *APGAR*
- Apêndice XIII. Frequência de episódios de idadeismo por funcionalidade familiar (diferenças entre sexos)
- Apêndice XIV. Plano de cuidados das famílias idosas-dimensão funcional do MDAIF
- Apêndice XV. Percentagem de reconhecimento de diferentes episódios de discriminação devido à idade avançada (na 1ª e 2ª aplicação do *Ageism Survey* na USF)
- Apêndice XVI. Análise qualitativa global das perguntas-chave e elogios (3 momentos de intervenção)
- Apêndice XVII. Plano de cuidados das famílias idosas-dimensão funcional do MDAIF
- Apêndice XVIII. Valores comparativos dos dois momentos de avaliação da funcionalidade familiar

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

O estágio, que decorreu entre 8 de maio de 2023 e 9 de fevereiro de 2024 (total de 45 ECTS), em dois contextos uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Saúde Familiar (USF), permitiu o contacto com realidades distintas dentro dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta organização contribuiu para uma formação mais abrangente, coerente com os objetivos da UC e com as competências definidas para o exercício da ESF. A par com a prestação de cuidados às famílias ao longo do ciclo vital familiar e aos diferentes níveis de prevenção, desenvolveram-se, em cada uma das Unidades, atividades académicas e de formação e desenvolvimento profissional. Na UCSP, foi possível a aplicação prática da avaliação e intervenção familiar através de um **estudo de caso**, na USF, desenvolveu-se e implementou-se um **projeto de intervenção de ESF**, numa perspetiva de promoção da saúde e **intervenção antecipatória**, orientada para a identificação precoce de fatores de risco, e capacitação das famílias.

O **estudo de caso** resulta do acompanhamento de uma família nuclear migrante (Guiné-Bissau), na II etapa do ciclo de vida da família de Duvall (do nascimento até aos 3 anos). A escolha de uma família migrante em situação complexa, foi influenciada pela realidade da freguesia. Conforme a Comissão Social da Freguesia (2015), a percentagem de população estrangeira é superior à média do concelho e do país, maioritariamente, oriunda de países africanos. O tempo limitado de estágio foi otimizado com a aplicação dos referenciais teóricos e de diversos instrumentos de avaliação, permitindo um acompanhamento próximo e centrado na família, facilitador de transições saudáveis e ganhos em saúde relacionados com adoção de práticas promotoras de saúde e reforço da funcionalidade familiar.

No **projeto de intervenção de ESF** com o título “Autoperceção de idadeismo em famílias idosas – contributo do enfermeiro especialista em saúde familiar”, a seleção da temática resultou da reflexão conjunta com a orientadora de estágio e da análise da

informação partilhada pela mesma, disponível na plataforma informática MIM@UF¹, onde se destaca a elevada proporção de famílias com pessoas de idade avançada no ficheiro da microequipa. A mesma apresenta 30,4% da população composta por pessoas com 65 anos ou mais, percentagem essa superior à média nacional (Instituto Nacional de Estatísticas, 2021), refletindo a tendência de envelhecimento da população portuguesa. Em trabalho académico prévio², na área de famílias na preparação para a reforma, tinha sido identificado o idadismo como um obstáculo ao envelhecimento saudável.

As dinâmicas atuais, marcadas por fenómenos como o envelhecimento populacional, evidenciam a emergência de contextos de vulnerabilidade e discriminação. Nesse cenário, a enfermagem, enquanto ciência orientada para o cuidado em saúde, assume um papel relevante na promoção da equidade e facilitador de transições saudáveis ao longo do ciclo de vida familiar. As intervenções antecipatórias, que integrem estratégias de literacia em saúde e empoderamento dos grupos vulneráveis, contribuem para a transformação social, posicionando os próprios indivíduos como agentes ativos das mudanças de que são simultaneamente beneficiários (Borges et al., 2022; Souza et al., 2014)

O idadismo, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Organização Pan-Americana de Saúde, 2022), é definido como estereótipo, preconceito e discriminação contra as pessoas com base na idade. Este fenómeno, particularmente, prevalente entre as pessoas idosas (Alves & Novo, 2006; Melo & Amorim, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022), compromete o bem-estar individual, influencia negativamente a dinâmica familiar e tem repercussões na saúde coletiva.

O projeto desenvolvido centrou-se em famílias que integravam pelo menos um elemento com 65 anos ou mais, enquadradas na VIII etapa do ciclo de vida familiar de Duvall (1985) (da reforma à viuvez), adotando uma abordagem sistémica. Partiu-se do pressuposto de que valores, atitudes e crenças — incluindo conceções idadistas — se desenvolvem, são naturalizados e internalizados no contexto familiar, enquanto unidade social primária (M. H. de J. S. Figueiredo, 2012; M. H. de J. S. Figueiredo et al., 2023; Hanson, 2005). Ao promover o reconhecimento do idadismo nas experiências individuais,

¹ Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (plataforma informática de acesso de restrito)

² No âmbito da Unidade Curricular “Cuidar de família ao longo do ciclo vital”

procurou capacitar-se as famílias idosas para uma resposta mais consciente, potenciando mudanças de atitude no núcleo familiar e na comunidade. Paralelamente, existiu a preocupação de incluir a equipa de saúde, incentivando a reflexão crítica sobre práticas institucionais. A principal limitação relacionou-se com a decisão de não se alargar o trabalho à família extensa ou intergeracional. A natureza do conceito de idadismo — individual e subjetivo — representou um desafio adicional, gerido através de uma intervenção orientada para a sensibilização e educação para a saúde no contexto familiar.

Os referenciais teóricos mobilizados foram o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), matriz operativa articulada com o Processo de enfermagem (PE) de Família (Hanson, 2005), Teoria das Transições (Meleis, 2010), e Teoria da Transculturalidade (Braga, 1997; Gualda & Hoga, 1992; McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, 2018), como linhas orientadoras que refletem a postura do enfermeiro especialista em Saúde Familiar (SF). Conferiram coerência teórica e metodológica ao percurso formativo, permitindo orientar o raciocínio clínico, ajustar intervenções às especificidades encontradas e promover ganhos em saúde.

O presente relatório tem como **objetivo** demonstrar as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas de Enfermeiro Especialista na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar (CEEEEC ESF) e de Mestre, através da descrição e reflexão sobre o percurso de estágio e atividades desenvolvidas.

A elaboração de trabalhos académicos, articulada com a prática clínica, centrada na família, permitiu operacionalizar de forma integrada os conhecimentos teóricos e metodológicos, contribuindo para o desenvolvimento efetivo das competências legalmente previstas para o enfermeiro especialista em ESF e para os objetivos da UC e deste relatório.

O relatório é apresentado em dois volumes: o Volume I, correspondente ao documento principal, e o Volume II, que reúne anexos e apêndices. O Volume I inicia-se com a introdução, onde é feita a apresentação e contextualização do relatório. No Capítulo 1, intitulado **Prática Clínica em ESF**, é realizada a caracterização dos contextos de estágio, a descrição das atividades desenvolvidas e a reflexão sobre as aprendizagens adquiridas. O Capítulo 2, **Projeto de Intervenção em ESF**, descreve as diferentes fases do projeto implementado. Já o Capítulo 3, **Análise Crítico-Reflexiva**, destaca a aquisição e o desenvolvimento das CCEE e CEEEC em ESF, bem como das competências inerentes

ao grau de mestre. Em seguida, apresentam-se as **Considerações Finais**, que refletem sobre o percurso de estágio realizado, e, por fim, as **Referências Bibliográficas**. O Volume II reúne os **Anexos e Apêndices** que complementam a informação do documento principal.

Este trabalho segue as normas da *American Psychological Association 7th* e foi elaborado segundo o Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2023). Todas as figuras, gráficos ou tabelas cuja fonte é omissa são da autoria da mestrande e descrevem os dados relativos à amostra. Foi 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 das famílias.

1. Prática Clínica em Enfermagem de Saúde Familiar

De acordo com Benner (2001) “as enfermeiras adquirem com o contacto com os familiares (...) todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações mais extremas” (p. 35). Neste capítulo, realizo uma análise da prática clínica em ESF em CSP. O estágio organizou-se em dois contextos, uma UCSP e uma USF, pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), cujos nomes não serão divulgados por razões de anonimato. Neste capítulo é abordada a caracterização dos contextos e descritas as atividades desenvolvidas. A prioridade foi a prestação de cuidados à família, mobilizando os conhecimentos adquiridos nas UC teóricas para atingir os objetivos académicos propostos. Realço a interação direta com as famílias, as particularidades específicas de cada Unidade e realizo breves reflexões. Como salienta (Benner, 2001), a prática é uma fonte fundamental de conhecimento na enfermagem, procurando contribuir de forma significativa para o desenvolvimento das competências essenciais à prestação de cuidados de excelência.

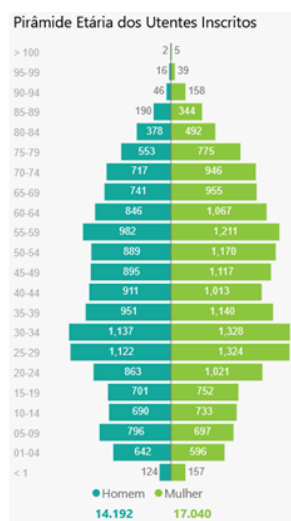
1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A UCSP, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS)³ da ARSLVT, desempenha um papel fundamental na oferta de CSP à população do concelho seguindo a orientação dos programas nacionais e regionais de saúde. Essa Unidade possui uma visão orientada para a excelência e melhoria sustentável da qualidade de vida; pauta a sua atuação pelos valores de responsabilidade, integridade, entreajuda, reciprocidade, profissionalismo, humanização e qualidade e garante uma abordagem compassiva e integral nos cuidados prestados tal como referido no Bilhete de Identidade - Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (Sistema Nacional de Saúde, 2023). A população assistida revela

³ Todos os dados apresentados retirados do SNS e do BI-CSP da UCSP onde estagiei são referentes ao período de estágio. Atualmente a unidade pertence à área dos CSP da Unidade Local de Saúde (ULS) e os dados encontram-se atualizados.

uma diversidade etária e de sexo, promovendo uma visão abrangente na atuação do enfermeiro de SF (Figura 1).

Figura 1 - Pirâmide etária - utentes inscritos na UCSP



Fonte: BI-CSP, 2023

Na faixa etária dos 0 aos 14 anos, existe uma distribuição equitativa entre sexos que representa cerca de 15% da população total. Na prática clínica constata-se a importância de preparar a família com filhos pequenos “para que mais facilmente consigam gerir os desafios da parentalidade.” (Andrade, 2023) . No grupo dos 15 aos 24 anos, observa-se uma ligeira predominância do sexo feminino (53%) e corresponde a cerca de 11% da população total. Nessa faixa etária, e tendo em conta “a unicidade e complexidade das famílias com filhos adolescentes e do seu papel protetor” verifica-se a importância da capacitação das mesmas “para a tomada de decisão no cuidado ao filho adolescente.” (I. Fernandes, 2023, p. 176). A população potencialmente ativa, entre os 25 e os 64 anos, compreende metade da totalidade. “Em termos desenvolvimentais o emprego, o casamento e a parentalidade (...) e o envolvimento nos papéis relacionados com o trabalho e a família pode ter um impacto construtivo na vida.” (Abreu & Amaral, 2023, p. 190). Ao enfermeiro de família cabe o apoio ao funcionamento familiar (rotinas e papéis) permitindo à família evoluir mantendo o seu equilíbrio dinâmico. No grupo com mais de 65 anos, que representa cerca de um quinto da população total, destaca-se a atenção que deve ser dada às mudanças específicas desta etapa (funcionais, estruturais e nas dinâmicas relacionais), particularmente no que se refere à conjugalidade, ao envelhecimento e à redefinição dos vínculos familiares (Teixeira, 2023).

Para além da distribuição etária, destaca-se nesta população uma presença significativa de população estrangeira, representando 10,9%, valor superior à média do Concelho, da Área Metropolitana de Lisboa e do país. Predominantemente oriunda de países africanos, esta população aumentou desde 2001, atingindo 11,3% do total (Comissão Social da Freguesia de Agualva e Mira-Sintra, 2015). Considerando que os migrantes estão sujeitos a diversos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), e potencialmente em maior risco de viver em condições de vida desfavoráveis, o enfermeiro de SF, pela sua proximidade, pode identificar fatores como: exclusão social; pobreza; desigualdade; discriminação racial e étnica; bem como baixos níveis de escolaridade, rendimentos e desemprego (Santiago et al., 2023). Nesse sentido, é fundamental que possua um conhecimento contextualizado da realidade migrante, demonstrando sensibilidade e competências culturais na prestação de cuidados (Figueiredo et al., 2023; McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, 2018).

A UCSP partilha o edifício com uma Unidade que prevê a transição para o modelo de USF. Apesar do rácio legal estipulado de 1.550 utentes por enfermeiro (Regulamento nº 743/2019, 2019), a equipa que integrei apresenta uma média de cerca de 2.402 utentes por enfermeiro⁴. O aumento expressivo do número de utentes, de 17.202 em 2017 para 31.232 em 2023, representa um desafio significativo na gestão do fluxo assistencial, exigindo a implementação de estratégias eficazes para responder à crescente procura. A Unidade adota a metodologia de trabalho por programas de saúde, visando maior eficiência ao permitir que os profissionais se dediquem a áreas de especialização. Embora esta metodologia possa limitar uma abordagem global da família, os profissionais esforçam-se por manter esta como foco dos cuidados. A elevada percentagem de utentes sem médico de família (61,02%) reforça a urgência em melhorar o acesso aos CSP, dificultando a complementaridade e coordenação devido à ausência de uma equipa interprofissional formalizada.

Integrada na equipa interprofissional e sob a orientação da enfermeira (orientadora clínica), a intervenção nas famílias enquanto unidade sistémica considerou as exigências e especificidades das diferentes etapas do ciclo vital e níveis de prevenção, conforme os programas de saúde.

⁴ 31.232 utentes inscritos para 13 enfermeiros, segundo o BI-CSP do Sistema Nacional de Saúde - SNS

Destaco a prestação de cuidados a uma família nuclear migrante de primeira geração, da etnia Balanta, proveniente da Guiné-Bissau⁵. Segundo Duvall & Miller (1985) conforme citado por Figueiredo et al. (2023), esta família, com crianças em idade pré-escolar, encontrava-se na segunda etapa do ciclo de vida familiar. No início da intervenção, devido à situação complexa da família, foi necessária a articulação com outra equipa de saúde, para referenciar a puérpera ao hospital, garantindo a continuidade dos cuidados. Por sugestão da enfermeira orientadora clínica, elaborou-se um estudo de caso de forma a dar resposta aos objetivos do estágio (Apêndice I e Apêndice II).

A avaliação familiar, partindo do elemento índice (puérpera) evidenciou múltiplas transições simultâneas e sequenciais: transição de desenvolvimento (adaptação do sistema parental ao nascimento de mais um filho e surgimento da fratria); transição de saúde-doença (infecção puerperal e do coto umbilical); e transição situacional (família migrante). Nos planos de cuidados, os diagnósticos de enfermagem estiveram maioritariamente associados a situações de risco, o que tornou essenciais as intervenções antecipatórias, visando o aumento do conhecimento parental e a prevenção de transições não saudáveis (Apêndice III).

A mobilização de referenciais teóricos — nomeadamente a Teoria do Cuidado Transcultural (Leininger, 1978) e a Teoria das Transições (Meleis, 2006) — permitiu uma avaliação familiar abrangente, sustentada no MDAIF (Figueiredo, 2012). Através de instrumentos de avaliação familiar e entrevistas, foram identificados pontos fortes e necessidades na resposta da família, às transições de vida.

Os cuidados de enfermagem contemplaram diferentes programas de saúde e abrangeram o sistema familiar e os seus subsistemas (conjugal, parental e fratria), promovendo uma abordagem integrada que facilitasse transições saudáveis da família 'Moçamba'⁶. A inclusão do pai na lista do agregado familiar foi destacada como um ponto forte, reforçando o seu papel de apoio e coesão. Foram realizadas consultas programadas e uma visita domiciliária, onde teve lugar uma conferência familiar.

⁵ A Guiné-Bissau figura entre as dez principais nacionalidades da população estrangeira residente, ocupando a 8ª posição com aproximadamente 15.298 habitantes, conforme dados do INE referentes aos censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022) – ver em Anexo XIV infografia.

⁶ Nome fictício, para manter o anonimato.

O estudo de caso evidenciou a influência dos DSS, integrando fatores culturais, sociais e económicos com impacto direto nos conhecimentos e práticas em saúde. Como refere Leininger (2006), conforme citado por Sousa et al. (2024), o 'cuidado culturalmente congruente' implica a adaptação da prática de enfermagem aos valores, crenças e práticas culturais da pessoa cuidada, assegurando que as intervenções sejam sensíveis e ajustadas às suas necessidades específicas. Essa perspetiva reforça a importância da sensibilidade cultural na prestação de cuidados centrados na família. Hanson (2005) refere que quando os migrantes se sentem alienados culturalmente dos serviços de saúde, podem adiar a procura de cuidados, o que destaca a importância de reconhecer e superar as barreiras culturais no acesso à saúde.

Na dimensão de desenvolvimento foi analisada a transição para a parentalidade múltipla, evidenciando-se desafios próprios da segunda etapa do ciclo de vida familiar de Duvall. Identificou-se o diagnóstico de "papel parental não eficaz", nomeadamente pelas lacunas no conhecimento de desenvolvimento infantil nas diferentes etapas e desempenho dos papéis parentais.

As ações privilegiaram a capacitação parental e o reforço da funcionalidade familiar, através do ensino de práticas específicas, da redefinição de tarefas para prevenir saturação de papeis e os conflitos conjugais, da promoção de vínculos saudáveis entre irmãos e da valorização do papel da socialização precoce. A articulação entre momentos de vigilância da saúde do recém-nascido e a presença do pai em licença parental foi estrategicamente aproveitada para regularizar a vacinação do filho mais velho. Os resultados demonstraram ganhos efetivos na corresponsabilização parental, na adoção de práticas promotoras de saúde e no reforço da funcionalidade familiar.

Este contexto constituiu uma oportunidade de desenvolvimento profissional, permitindo a consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista em SF, nomeadamente, na intervenção ativa, intencional e articulada com outras equipas, em situação de famílias a vivenciar transição(ões) complexa(s). A organização do trabalho por programas de saúde facilitou a abordagem de áreas específicas, mas exigiu um esforço adicional na compreensão integrada da família. Essa visão sistémica foi mais evidente nas consultas de saúde infantil e materna, onde a continuidade e a proximidade do acompanhamento foram facilitadoras de intervenções focadas nas dinâmicas familiares e na sua monitorização.

Em suma, a intervenção do enfermeiro especialista em SF, centrada na colaboração ativa com a família e sustentada em intervenções antecipatórias e culturalmente congruentes, permitiu ganhos em saúde significativos, como a diminuição da ansiedade, o aumento do conhecimento parental, a resolução eficaz de intercorrências no período puerperal e neonatal, a melhoria da adesão vacinal e o reforço da confiança na equipa de enfermagem, promovendo transições familiares saudáveis e respostas construídas com a própria família.

1.2. Unidade de Saúde Familiar

A USF⁷, onde decorreu a segunda parte do estágio, está integrada num ACeS da região de Lisboa Ocidental e Oeiras e tem como missão, segundo o manual de acolhimento, garantir à população inscrita a promoção da saúde, deteção precoce de problemas e prevenção de complicações, assegurando CSP acessíveis, personalizados e humanizados, respeitando a vontade informada do utente. A sua visão é afirmar-se como uma Unidade de referência técnico-científica, pautada pela qualidade, eficiência e compromisso com a segurança na prestação de cuidados (Unidade de Saúde onde decorreu o estágio, 2021). A área de influência abrange 13,13 km² e cerca de 50.256 habitantes, com uma densidade populacional de 3.827,6 habitantes/km². Trata-se de uma região marcada por diversidade socioeconómica, onde coexistem zonas com desafios associados à pobreza e ao envelhecimento populacional, e outras caracterizadas por padrões residenciais mais favorecidos.

Fundada há 14 anos, atualmente, a USF conta com 9 médicos, 8 enfermeiros e 6 secretários clínicos. Dispõe de instalações adequadas, com gabinetes em número suficiente, e uma sala de espera ampla, incluindo uma área dedicada às crianças, equipada com monitores que transmitem conteúdos educativos para promoção da literacia em saúde. Beneficia da proximidade de três hospitais públicos de referência, atualmente integrados na mesma Unidade Local de Saúde (ULS) da região de Lisboa, e articula com prestadores privados convencionados para a realização de exames

⁷ A informação relativa a esta USF foi consultada no Manual de Acolhimento da mesma.

complementares de diagnóstico e tratamentos (Unidade de Saúde onde decorreu o estágio, 2021).

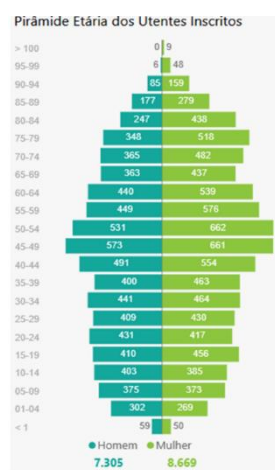
A USF está organizada em microequipas compostas por médico, enfermeiro e secretário clínico, com um sistema de intersubstituição que assegura a continuidade dos cuidados. A coordenação é assegurada por um médico e um Conselho Técnico, que inclui a enfermeira responsável, promovendo a articulação entre os diferentes profissionais. A carteira de serviços contratualizada inclui consultas de enfermagem presenciais e ao domicílio, vacinação em horário alargado (8h às 20h), cuidados em situações agudas e acompanhamento no âmbito de diversos programas de saúde, com marcação iniciada pelo utente ou pelos profissionais. Destaca-se a existência de consultas conexas, organizadas por programas de saúde, que promovem o trabalho interdisciplinar e favorecem a abordagem integrada, centrada na pessoa e na família, contribuindo para ganhos em saúde. A Unidade articula-se com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, assegurando cuidados complementares como psicologia, serviço social e saúde oral, e colabora ainda com instituições de ensino em saúde (Enfermagem e Medicina). O território de abrangência é composto por uma rede de respostas sociais que inclui universidades seniores, transporte solidário e outras iniciativas alinhadas com o Diagnóstico Social Local (Comissão Tripartida da Rede Social de Lisboa, 2017), o que reforça o potencial de trabalho intersectorial com impacto na saúde das famílias.

A organização do trabalho em microequipas, aliada ao papel do enfermeiro de família e à utilização de um ficheiro clínico próprio, favoreceu uma abordagem centrada nas famílias, permitindo cuidados contínuos e ajustados às necessidades de cada núcleo familiar. Essa estrutura potenciou o desenvolvimento do meu raciocínio clínico em ESF facilitando a identificação de forças, recursos e competências familiares, bem como a promoção dos seus projetos de saúde. A presença de enfermeiros especialistas em SF, nomeadamente a minha orientadora clínica, constituiu uma oportunidade de aprendizagem prática junto de peritos. Apesar dos desafios iniciais decorrentes da integração nas dinâmicas da equipa interdisciplinar, o ambiente colaborativo e a comunicação facilitaram o trabalho conjunto. A transição organizacional com a criação das ULS, vivida no início de 2024, representou um contexto desafiante que também promoveu o meu crescimento académico e profissional, refletindo a natureza dinâmica e adaptativa da prática em ESF.

A utilização do SClínico e do MDAIF, sustentado no pensamento sistémico e no PE de Família, facilitou a consulta de informações sobre a família e a tomada de decisões. Explorando as áreas de atenção do MDAIF, reconheceu-se a complexidade do sistema familiar, e as interações em consultas de enfermagem foram além do motivo inicial da visita iniciando um processo terapêutico numa abordagem antecipatória e sistémica.

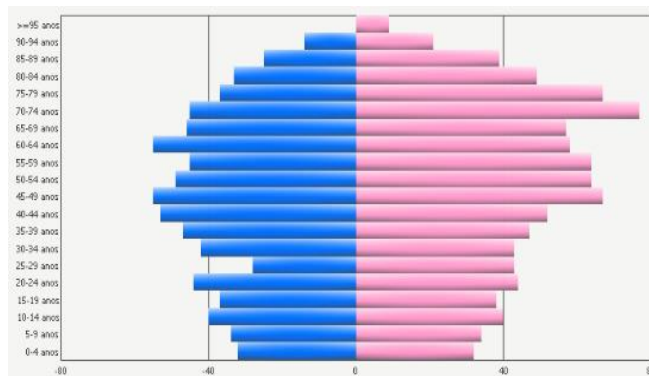
Conforme se pode constatar na comparação da Figura 2 e Figura 3, o envelhecimento populacional do ficheiro é muito superior ao da população da USF. “Naturalmente, este envelhecimento tem consequências nas tipologias das famílias e da forma como se organizam” tendo como consequência um aumento das famílias unipessoais e idosas (Martins & Ribeiro, 2023, p. 200).

Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes da USF



Fonte: BI - CSP, 2023

Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da orientadora clínica



Fonte: MIM@UF

No que diz respeito à análise da pirâmide etária da USF (Figura 2) esta revela uma distribuição equilibrada em relação à média nacional em Portugal. No grupo etário de 0-14 anos, a USF apresenta 14%, ligeiramente acima da média nacional de 13%, assim como no grupo de 65 anos ou mais (USF = 25%; média nacional = 24%). No grupo de 15-64 anos, a USF compreende 61%, ligeiramente abaixo da média nacional de 63%.

A ESF desempenha um papel importante na gestão de cuidados de saúde centrados na família, atendendo às suas necessidades específicas de acordo com etapa de desenvolvimento. Face aos dados apresentados e reconhecendo que, como referem Rodrigues & Neri (2012) conforme citado por (Martins & Ribeiro, 2023) “o envelhecimento aumenta o risco para o desenvolvimento de vulnerabilidade” (p.201), impõe-se uma

preocupação acrescida com as famílias idosas identificando recursos internos e externos, assim como o empoderamento destas famílias, para que possam ser agentes de mudança tornando-se mais autônomos e capazes de tomadas de decisão informadas e esclarecidas (Borges et al., 2022).

Na USF foi desenhado e implementado um projeto de intervenção de ESF com o título – “Autopercepção de idadismo em famílias idosas – contributo do enfermeiro especialista em saúde familiar” – que irá ser desenvolvido no próximo capítulo. A escolha deste tema relacionou-se com a elevada percentagem de famílias idosas do ficheiro da equipa que integrei, já referido anteriormente (Figura 3, p. 25) o que me motivou a dar continuidade a uma pesquisa prévia relacionada com o idadismo⁸. Em reuniões com a equipa de enfermagem, reconheceu-se a relevância do tema, identificado como um problema atual e pouco divulgado, em consonância com a OPAS (2022), que o destaca como um tema prioritário no Relatório Mundial do Idadismo.

O projeto, direcionado a uma amostra acidental de famílias idosas, exigiu flexibilidade na abordagem e ajustes durante a prestação de cuidados. Com o surgimento dos diagnósticos de SF, foi necessário reorganizar o acompanhamento. Esta complexidade exigiu uma gestão estruturada do tempo e dos cuidados. As informações específicas deste projeto são abordadas detalhadamente no próximo capítulo.

⁸ Pesquisa efetuada no âmbito da Unidade Curricular “Cuidar ao longo do ciclo vital”

2. Projeto de Intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar

O presente projeto, desenvolvido numa perspetiva **antecipatória** e de **prevenção primária**, surge da necessidade de promover uma mudança na autoperceção do idadismo em famílias idosas, capacitando-as para reconhecer, prevenir e mitigar essas situações de forma autónoma e informada. A atuação do enfermeiro especialista em SF centra-se na promoção do empoderamento das famílias idosas, reconhecendo o seu papel ativo na construção da mudança desejada. Ao reforçar competências e estimular atitudes conscientes, favorece-se a sua participação na vida familiar e comunitária. Segundo (Santo & Istoé, 2022), a capacitação e o empoderamento tornam possível um maior controlo sobre a saúde, influenciando também a dos que as rodeiam e do meio em que vivem.

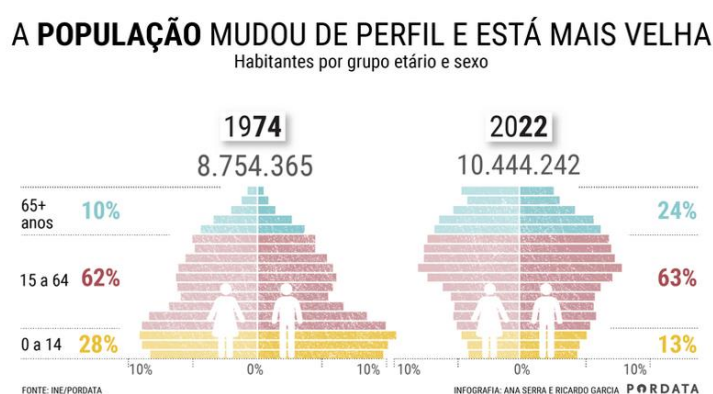
Partindo do princípio de que profissionais reflexivos, críticos e atentos são essenciais para integrar evidências na prática clínica (Sackett et al., 2000, conforme citado por (Craig & Smyth, 2004)), este capítulo articula a experiência profissional, o raciocínio clínico e a intuição com a escuta ativa das famílias. A integração das suas preferências, preocupações e expectativas nas decisões de cuidados é fundamental para o desenvolvimento da competência especializada em ESF.

No projeto, e neste relatório, adota-se o termo "pessoa idosa" para referir indivíduos com 65 ou mais anos, em conformidade com práticas amplamente aceites em estudos de envelhecimento e nas legislações de países desenvolvidos, como Portugal (Organização Mundial de Saúde, 2015; Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto conforme citado por Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020). Esta perspetiva realça a dignidade e a humanidade do indivíduo, evitando as conotações negativas, frequentemente associadas ao termo "idoso", ao considerar a idade como uma das suas diversas características. Adicionalmente, contribui para a prevenção da discriminação com base na idade, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e reforçado nos debates do Ano Internacional das Pessoas Idosas (Nações Unidas, 1999, conforme citado por Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020). Paralelamente, o termo "família idosa" é utilizado para descrever agregados em que pelo menos um dos membros tem 65 anos ou mais, reconhecendo o impacto do envelhecimento no contexto familiar e social. Destaca-se ainda que os termos aqui utilizados devem ser entendidos

numa perspetiva de heterogeneidade (de grupo), pois tratar este segmento etário como homogéneo constitui, por si só, uma atitude discriminatória.

A sociedade portuguesa passou por alterações significativas, manifestando-se nas estruturas familiares. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (Instituto Nacional de Estatística, 2021) indicam um fenómeno de envelhecimento populacional com um consequente aumento das famílias constituídas com pelo menos um membro com mais de 65 anos, denominadas famílias idosas como se pode observar na Figura 4.

Figura 4 - Habitantes por grupo etário, 1974 - 2022



No Plano Local de Saúde do ACeS (Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, 2014) onde decorreu o estágio as pessoas idosas com idade superior ou igual a 65 anos representam um quinto da população, das quais 65% viviam sós ou com outros do mesmo grupo etário. Destaca-se a elevada percentagem de famílias unipessoais, nesta faixa etária, com um aumento de 14,4% para 18,0% na última década (Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, 2014). A análise do ficheiro da enfermeira orientadora clínica da USF revelou, através da plataforma informática MIM@UF, que 30,4% da população atendida é composta por pessoas idosas, uma percentagem significativamente superior à média nacional de 23,4% segundo os censos do INE (2021).

Esta realidade impõe um desafio contínuo à prática da ESF, que procura constantemente expandir o seu conhecimento para prestar cuidados de qualidade às famílias, incluindo as 'idosas' com necessidades específicas. Realço a importância de aprofundar a compreensão do idadismo e da sua autoperceção, pois, apesar de pouco

debatido, é um fenómeno particularmente vivenciado pelas pessoas idosas (Patient et al., 2024). Torna-se, assim, essencial investigar como as famílias idosas o percebem (Alves & Novo, 2006; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Esta compreensão permite uma abordagem mais informada e sensível e, conseqüentemente, promove uma transição saudável. Como (A. Meleis, 2010)(Schumacher et al., 2010) observa, a consciência é um precursor da transformação. Nesta linha, Freire (1986), conforme citado por (Souza et al., 2014), entende o empoderamento como um eixo que articula a consciência crítica com a liberdade, sendo a tomada de consciência da própria situação um passo fundamental para a mudança em direção ao bem-estar por uma vida mais digna. O compromisso de ampliar a sensibilização e a compreensão do idadismo, promovendo uma prática mais inclusiva e centrada nas necessidades das famílias, está em consonância com as orientações da Direção Geral da Saúde, 2022 e pela OPAS (2022).

2.1. Revisão scoping

Como parte integrante e inicial do projeto foi realizada uma revisão scoping que pode ser consultada no Apêndice IV, segundo o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (Joanna Brigs Institute, 2020), com o objetivo de mapear a evidência científica e identificar lacunas (Mattos et al., 2023). Formulada a questão de pesquisa “Quais as intervenções do enfermeiro de família para a sensibilização e/ou a prevenção do idadismo em famílias idosas em CSP?”. A pesquisa foi estruturada com base na estratégia PCC: População – idosos e famílias; Conceito – intervenções do enfermeiro, idadismo, prevenção e controlo, educação; Contexto – cuidados de saúde primários, enfermagem de saúde familiar.

Foram definidos critérios de inclusão: estudos com abordagens quantitativas, qualitativas ou revisões de literatura (primários ou secundários), publicados entre 2017 e 2023, em português, inglês e espanhol, com texto completo disponível, que abordassem intervenções ou programas centrados na sensibilização e/ou prevenção do idadismo. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL (via EBSCOhost). Utilizados descritores controlados e termos livres, combinados com operadores booleanos. Identificaram-se inicialmente 10 estudos. Após exclusão de 2 duplicados e de 6 artigos com base na leitura dos títulos e resumos, foram selecionados, após leitura integral, 2 estudos conforme ilustrado no fluxograma PRISMA-ScR (Apêndice V).

Os estudos centram-se essencialmente na perceção de pessoas jovens sobre pessoas idosas e são conduzidos, na sua maioria, por investigadores da área da psicologia, não se identificando qualquer estudo desenvolvido no contexto da ESF. As evidências apontam para a eficácia da combinação de estratégias de educação com contacto intergeracional na redução do idadismo (Knight et al., 2022). É também destacada a necessidade de considerar a autoperceção e o seu impacto nos comportamentos saudáveis (Burnes et al., 2019).

Face aos resultados, conclui-se que existe uma lacuna na literatura no que respeita à intervenção do enfermeiro de família na prevenção do idadismo contra famílias idosas. Essa ausência reforça a pertinência e atualidade do presente projeto. Dada a sua relação de proximidade, o enfermeiro de família encontra-se numa posição privilegiada para intervir de forma sustentada na promoção de atitudes conscientes. Ao integrar a autoperceção das famílias idosas nas suas intervenções, contribui para a construção de novas narrativas e representações.

2.2. Enquadramento Teórico

O envelhecimento demográfico constitui uma das transformações sociais mais marcantes do século XXI, com repercussões significativas nos sistemas de saúde, proteção social e organização comunitária. Em Portugal, este fenómeno assume proporções particularmente expressivas, tornando-se um desafio crescente para os CSP e, em especial, para a prática da ESF.

Na USF, a análise do ficheiro de famílias evidenciou uma elevada proporção de pessoas com 65 ou mais anos. Esse facto desencadeou o interesse pela **intervenção antecipatória**, com foco na **prevenção primária** do **idadismo**. O fenómeno, entendido como um fator de risco subtil, mas relevante no processo de envelhecimento e na equidade dos cuidados, pode constituir um obstáculo ao envelhecimento saudável. Emergiu então uma proposta de um projeto que pudesse contribuir para o empoderamento das famílias idosas, posicionando-as como agentes de mudança na família extensa e comunidade.

A convivência direta com famílias idosas permitiu identificar necessidades frequentemente invisíveis, relacionadas com representações sociais da idade que impactam a autonomia, o bem-estar e o exercício da cidadania.

Nesse sentido, o presente enquadramento teórico visa apresentar os conceitos orientadores e os referenciais científicos que sustentam a análise da realidade e a intervenção delineada (Fortin, 2003). Os elementos, que de seguida se apresentam, constituem a base conceptual e teórica do projeto, asseguram a coerência entre a fundamentação científica, os objetivos definidos e as estratégias implementadas. A articulação entre teoria e prática assume-se, assim, como essencial para responder aos desafios colocados pelo idadismo e para promover contextos de cuidado mais justos, inclusivos e humanizados.

Atualmente, conforme afirma Hanson ((Hanson, 2005) é amplamente aceite, como conceito, que, **família** é onde os membros se autodefinem e transcende as definições tradicionais centradas apenas no parentesco e na consanguinidade, sendo composta por "dois ou mais indivíduos que dependem mutuamente para apoio emocional, físico e económico" (Hanson, 2005, p. 6). Esta evolução integra uma variedade de formas familiares e representa, não apenas a base fundamental da sociedade, mas também uma unidade importante na promoção da saúde, pois é no ambiente familiar que se desenvolvem comportamentos e atitudes que influenciam diretamente estilos de vida saudáveis (Organização Mundial de Saúde, 2009).

A interseção entre os conceitos de **família** e **idadismo** evidencia a necessidade de compreender não apenas as dinâmicas internas da família, mas também os contextos socioculturais que influenciam o modo como as diferentes gerações são percebidas e tratadas. Promover uma prática inclusiva implica reconhecer o idadismo como um fenómeno social que se reflete nas relações familiares e que, quando problematizado, pode dar lugar a mudanças significativas. Nesse sentido, a promoção da saúde, entendida por Borges et al. (2022) como um dispositivo crítico que permite a leitura e ressignificação da realidade vivida, estimula a consciência das desigualdades e potencia a mobilização para ações transformadoras, reforçando os laços familiares e valorizando o papel de cada geração na construção de uma vida mais digna.

O **ciclo de vida familiar** classifica as diferentes etapas e transições ao longo do tempo, proporcionando um referencial útil para compreender a formação e transformação das dinâmicas familiares em constante evolução (Figueiredo, 2012; Silva et al., 2023; Walsh, 2018). Foi considerado, no projeto, o modelo de Duvall e Miller (1985) conforme citado por Figueiredo (2023), considerando que esta escolha reflete maior sensibilidade face à complexidade do envelhecimento e idadismo e é o utilizado no programa informático do local de estágio (SClínico).

Diferentes fases da vida familiar podem estar sujeitas a estereótipos e discriminação relacionados com a idade. Por exemplo, durante a transição para a reforma, os membros com idade mais avançada da família podem enfrentar desafios e discriminações idadistas no ambiente profissional com impacto nas suas vidas e na dinâmica familiar. A percepção negativa em relação à capacidade das pessoas idosas, pode contribuir para a marginalização e a falta de participação em processos de decisão. Durante a infância e adolescência, os membros mais jovens da família podem internalizar estereótipos relacionados com a idade, influenciando as suas atitudes em relação aos membros com idade mais avançada (Pereira, 2021). Essas atitudes podem moldar as interações familiares, afetando a qualidade do apoio emocional e a compreensão mútua entre diferentes gerações (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Destacam-se **três perspectivas** na abordagem do **idadismo** entendido aqui como 'discriminação com base na idade avançada', expressão que é utilizada para especificar esta forma de preconceito direcionada a pessoas da terceira e quarta idades (Baltes & Smith, 2002, conforme citado por Alves & Novo, 2006, p.67). Na **primeira perspectiva** a OPAS (2022) enfatiza que o idadismo ocorre quando a idade é usada para categorizar e dividir pessoas, levando a perdas, desvantagens e injustiças, referindo três dimensões - estereótipos, preconceito e discriminação - que refletem, respetivamente, pensamentos, sentimentos e ações relacionados com o idadismo (Organização Pan-Americana de Saúde, 2022). Por um lado, os estereótipos podem variar de positivos a negativos; por outro, o preconceito, reação emocional baseada na percepção da idade contribui para relações hierárquicas; enquanto a discriminação envolve a aplicação de ações ou políticas que impõem desvantagens ou vantagens devido à idade (Organização Pan-americana de saúde, 2022). A **segunda perspectiva**, enfatiza que apesar dos avanços científicos e da

visão otimista sobre o envelhecimento, persiste uma generalização dos aspetos negativos, desafiando o sucesso das pessoas idosas face aos padrões de juventude, amplamente valorizados na sociedade, como salientam Alves & Novo (2006). Por último, na **terceira perspetiva**, (E. B. Palmore, 1999) destaca o idadismo como um dos grandes ‘ismos’ da sociedade, comparável ao racismo e sexismo, mas distinto pelo facto de que todos se podem tornar alvos do preconceito de idade ao viverem o suficiente. Adicionalmente, está também demonstrado que o idadismo é experienciado com mais frequência do que os outros ‘ismos’ (Patient et al., 2024).

A falta de consciência generalizada sobre o idadismo é atribuída à sua novidade e subtilidade, podendo surgir de forma institucional, interpessoal e até contra si próprio, manifestando-se implícita ou explicitamente, mas mais frequentemente na forma subtil (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Patient et al., 2024).

O instrumento existente para avaliar a autoperceção de discriminação em função da idade avançada é o **Ageism Survey**. Desenvolvido por (E. Palmore, 2001) e validado para a população portuguesa, por Alves e Novo (2006), cuja utilização, neste projeto, foi previamente autorizada (Anexo I). Dado que a estrutura e finalidade do instrumento são aqui descritas com detalhe, a sua explicação não será retomada nas secções seguintes.

Este questionário inclui 20 itens que descrevem situações, potencialmente, discriminatórias vivenciadas em contextos do quotidiano, como atitudes paternalistas, estereótipos negativos ou exclusão social (Anexo II). Cada item é pontuado numa escala de três pontos — 0 (nunca), 1 (uma vez) e 2 (mais do que uma vez) — permitindo distinguir entre episódios pontuais e recorrentes de idadismo oferecendo uma perceção da sua possível disseminação. A aplicação do instrumento é realizada por autopreenchimento, e são possíveis esclarecimentos sempre que solicitados pelos participantes.

A adoção do instrumento justifica-se pela sua adequação ao objetivo do projeto, permitindo uma recolha sistematizada de dados sobre a autoperceção de situações discriminatórias, com valor diagnóstico no PE de Família (Hanson, 2005). Além disso, contribui para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno, no quadro da “epidemiologia da discriminação” — entendida como o estudo da frequência, distribuição e impacto das situações discriminatórias em grupos populacionais específicos (Alves & Novo, 2006, p. 67; E. Palmore, 2001, p. 574). No presente estudo, tal como na validação do *Ageism Survey* para a população portuguesa, realizada por Alves e Novo (2006),

procedeu-se ao agrupamento das respostas relativas à frequência de episódios de discriminação. Essa estratégia teve como objetivo facilitar a análise das experiências relatadas, com base no número de episódios distintos indicados por cada participante. Assim, foram definidas quatro categorias:

- 'Vivenciou várias vezes' – **mais de 5** episódios distintos assinalados;
- 'Vivenciou algumas vezes' – **entre 3 a 5** episódios distintos assinalados;
- 'Vivenciou raramente' – **entre 1 a 2** episódios distintos assinalados;
- 'Nunca vivenciou' – **nenhum** episódio de discriminação assinalado.

A prestação de cuidados centrados na família assenta em referenciais teórico-operativos que orientam a prática clínica. O PE, um método de organização baseado no pensamento crítico em enfermagem (Alfaro-Lefevre, 2014), orienta a resolução de problemas e a tomada de decisão, permitindo a prestação de cuidados individualizados e de qualidade, com o propósito de alcançar a excelência nos cuidados de saúde (Moorhouse & Doenges, 2010). O **Processo de Enfermagem de Família** (Hanson, 2005) é complexo pois integra relações dinâmicas entre múltiplos indivíduos dentro do sistema familiar. Segundo (Hanson, 2005), engloba 5 etapas, desde a avaliação e recolha de dados da família, passando pela análise e planeamento, até à implementação e avaliação de resultados num processo que é dinâmico e cíclico, em que “a família é um parceiro na criação e prestação de cuidados e a informação e a confirmação desta são essenciais” (p. 177)

O **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar** (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo (2012) e adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) entre 2011 e 2023⁹, organiza a avaliação e intervenção familiar em **três dimensões** — **estrutural**, de **desenvolvimento** e **funcional**, (Anexo III) — tendo por base o PE de Família. Na fase inicial de avaliação a recolha de dados é abrangente, e de acordo com diagnósticos, orienta a formulação de intervenções definidas com a colaboração da família permitindo ganhos em saúde. A coevolução processual proposta pelo MDAIF é essencial para prever

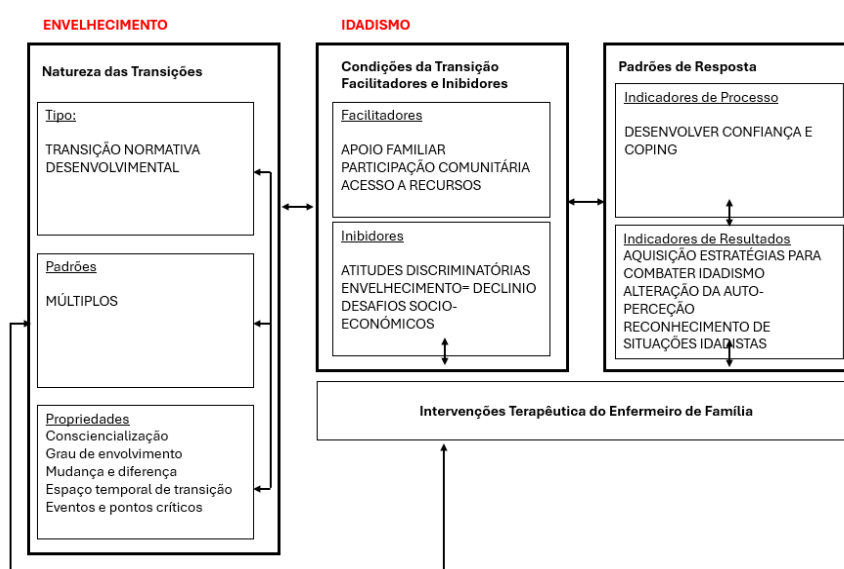
⁹ Atualmente adotou o Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2012) – Tomada de Posição N.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em ESF.

as necessidades das famílias e apoiá-las na construção de um futuro positivo (M. H. de J. S. Figueiredo, 2012; M. H. de J. S. Figueiredo et al., 2023).

A articulação entre estes dois referenciais permite uma abordagem lógica, reflexiva e fundamentada, assegurando coerência entre a avaliação, os diagnósticos e as intervenções , orientando a resolução de problemas e a tomada de decisão.

Na Figura 5 apresenta-se a adaptação da **Teoria das Transições** (Meleis, 2010) ao contexto do envelhecimento (transição normativa e desenvolvimental) e do idadismo (obstáculo à transição saudável).

Figura 5 - Modelo da Teoria das Transições adaptado ao fenómeno de Idadismo



Fonte: adaptado de Meleis, 2010

Esta teoria oferece um quadro conceptual estruturado em três construtos principais — natureza da transição, condicionantes e padrões de resposta — e identifica quatro tipos de transições: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Revela-se particularmente útil para analisar as mudanças significativas que as famílias experienciam ao longo do ciclo vital.

No âmbito do envelhecimento, considerado uma transição desenvolvimental normativa, propriedades como consciencialização, envolvimento, mudança e pontos críticos são determinantes para compreender o seu impacto (A. Meleis, 2010; Santos et al., 2015b; Schumacher et al., 2010; R. Silva et al., 2019). As condicionantes que influenciam a adaptação a estas transições incluem fatores facilitadores, como o suporte familiar, ambientes acolhedores, recursos adequados e participação social. Por outro

lado, o idadismo — discriminação baseada na idade avançada — funciona como um fator inibidor, reforçando estereótipos e crenças culturais que associam o envelhecimento ao declínio e à dependência, dificultando a adaptação às mudanças (Patient et al., 2024; Pereira, 2021).

A adaptação teórica apresentada orienta a identificação de indicadores de processo — sentir-se conectado; interagir; situar-se e desenvolver confiança e *coping* (resiliência e adaptabilidade) — e indicadores de resultado — mestria (capacidade de enfrentar desafios) e integração da identidade (incorporar mudanças de forma coesa), manifestada pela alteração da autopercepção e reconhecimento do idadismo (R. Silva et al., 2019). Por sua vez, promover uma visão positiva do envelhecimento requer um diálogo construtivo, defesa dos direitos e promoção de sentimentos de pertença e interação social, essenciais para desenvolver respostas adaptativas eficazes.

Seguidamente, são referidas de forma sucinta duas das estratégias que sustentaram as intervenções deste projeto, destacando a sua relevância na prática de ESF.

As **conversações terapêuticas**, definidas por Murteiro e Figueiredo (2023) como uma intervenção intencional que promove a reflexão, utilizam diferentes tipos de questões — lineares, estratégicas, reflexivas e circulares — para facilitar a definição do problema, a confrontação e a mudança por meio da coconstrução de novas perspectivas. Essa abordagem centra-se nos efeitos comportamentais, promovendo uma maior consciência acerca da importância dos temas na evolução da identidade das famílias e dos seus sistemas (Figueiredo, 2023). No âmbito da ESF, a conversação terapêutica fundamenta a prática centrada na família, estimulando a colaboração e o empoderamento. Esta intervenção pode ser operacionalizada através da técnica da ‘Entrevista em 15 minutos’.

A **Entrevista em 15 minutos**, conforme proposta por Wright & Leahey (2009), constitui uma técnica estruturada que favorece a interação clínica centrada na família, sendo particularmente relevante no âmbito da ESF. Esta abordagem desenvolve-se em seis etapas sequenciais: (1) definição do objetivo específico da conversa; (2) atuação com cordialidade e respeito; (3) avaliação da estrutura e do suporte familiar; (4) formulação de

três perguntas-chave; (5) reconhecimento e valorização das forças familiares; e (6) conclusão com avaliação da utilidade da entrevista.

Os elogios são uma componente intencional para reforçar as competências e recursos das famílias, valorizando os seus pontos fortes. Wright e Leahey (2009) destacam que famílias que internalizam estes elogios, manifestam maior receptividade, confiança na relação enfermeira-família e maior aceitação às sugestões e intervenções propostas, promovendo um comportamento de adesão mais eficaz.

2.3. Metodologia

A definição da problemática resultou da análise contextual previamente exposta neste relatório, que inclui fatores como o envelhecimento populacional, a elevada proporção de famílias idosas na área de intervenção (local de estágio), a identificação prévia do fenómeno idadismo como obstáculo ao envelhecimento saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022), e a relevância da intervenção antecipatória (prevenção primária) como competência do enfermeiro especialista.

O planeamento deste projeto considerou os princípios éticos e deontológicos da enfermagem. Para reforçar a integridade e conformidade ética, foi submetido um protocolo à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS LVT (Processo 088/CES/INV/2023), que obteve parecer favorável (Anexo IV), assegurando a validade metodológica e a proteção dos participantes. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo.

2.3.1. Objetivos

Foi definido como **objetivo geral** contribuir na capacitação das famílias idosas para a sensibilização e prevenção do idadismo. Para atingir o objetivo geral foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- Avaliar as famílias idosas com base no referencial operativo do MDAIF;
- Conhecer a autoperceção das famílias idosas sobre o idadismo através do *Ageism Survey*;
- Evidenciar as afirmações mais prevalentes de autoperceção de idadismo;
- Definir diagnósticos de SF com base na CIPE e no MDAIF;

- Intervir segundo os diagnósticos identificados e priorizados pelas famílias idosas;
- Consciencializar as famílias idosas para a perceção do idadismo;
- Promover estratégias de intervenção para lidar com o idadismo nas famílias;
- Divulgar os resultados, discussão e conclusão da investigação

2.3.2. Participantes

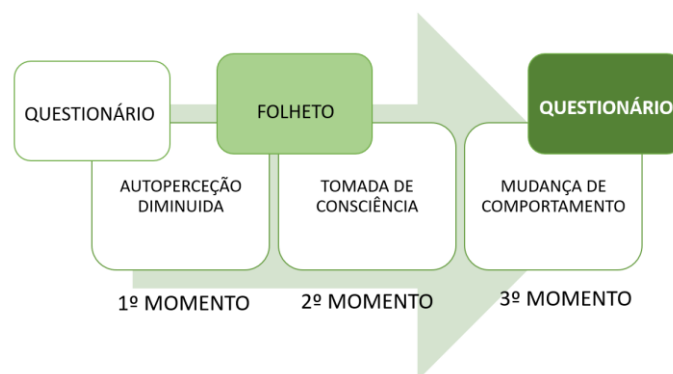
Os participantes foram recrutados presencialmente, selecionados durante consultas de enfermagem e visitas domiciliárias previamente agendadas, com a colaboração da orientadora clínica, após a transmissão da informação sobre os objetivos do estudo. Foram incluídas 16 famílias idosas, constituídas por 23 membros, de acordo com os critérios de inclusão definidos: ter 65 anos ou mais; aceitar participar; compreender e falar a língua portuguesa; compreender e assinar o consentimento informado e esclarecido; e não estar diagnosticado com patologia do foro cognitivo, no momento do recrutamento.

2.3.3. Recolha de dados

As fontes de informação foram as famílias participantes, o programa de registo informático utilizado pela USF (SCLínico), a orientadora clínica e elementos da equipa interprofissional. A pesquisa bibliográfica serviu de fundamentação teórica.

Os dados foram obtidos em **três momentos de interação**, tal como ilustra a Figura 6, através de **conversação terapêutica**, uma estratégia de intervenção terapêutica de ESF (Murteiro & Figueiredo, 2023).

Figura 6 - momentos de interação terapêutica



Seguindo o modelo 'entrevista em 15' foram definidos objetivos específicos para cada uma das interações. Formuladas as 3 perguntas-chave para estimular a reflexão e planeados os 'elogios' com o intuito de reforçar as competências e pontos fortes das famílias idosas, conforme Wright & Leahey (2009) sugerem, destacando que as famílias que interiorizam os elogios realizados pelas enfermeiras, parecem mais recetivas e confiantes, na relação enfermeira-família e tendem a aceitar mais facilmente as ideias, opiniões e conselhos que lhes são dados.

No **1º momento**, foi introduzido o tema do idadismo de forma cuidadosa e progressiva, privilegiando a construção de um ambiente de confiança. A entrega do instrumento de recolha de dados (Anexo V), composto por três partes, constituiu o ponto de partida para o início da conversação terapêutica. A coelaboração dos genogramas permitiu uma aproximação às dinâmicas familiares e suscitou curiosidade nos participantes, que se mostraram interessados na representação visual das suas famílias, e facilitou a partilha e a abertura ao diálogo sobre experiências e perceções relacionadas com a idade, mesmo que com alguma reserva ou ausência de problematização. A escuta ativa e a validação das experiências lançaram as bases para uma reflexão mais profunda.

O **2º momento** centrou-se na exploração do fenómeno do idadismo, recorrendo a um folheto informativo construído com base em materiais da OMS (Apêndice VI). Mais do que uma leitura orientada, este recurso foi utilizado como ponto de partida para uma reflexão crítica sobre experiências pessoais e perceções previamente não problematizadas. Através de uma abordagem dialógica e semiestruturada, promoveu-se a tomada de consciência sobre atitudes idadistas interiorizadas e normalizadas, bem como sobre os efeitos nas relações interpessoais e na autoimagem. Este processo permitiu um avanço na compreensão subjetiva do fenómeno por parte dos participantes, um momento-chave de transformação.

No **3º momento**, procedeu-se à reavaliação da autoperceção do idadismo (*Ageism Survey*) e do funcionamento familiar (*APGAR*), permitindo avaliar o impacto das intervenções e refletir sobre as mudanças na consciência e nas vivências atuais dos participantes. Concluiu-se a relação terapêutica, encorajando a continuação da reflexão sobre o tema e a partilha dos conhecimentos adquiridos com a família extensa. Foram expressas perceções sobre transformações internas e manifestada a intenção de

continuar a dialogar sobre o fenômeno no contexto familiar e social, evidenciando a aquisição de consciência crítica e o compromisso com mudanças comportamentais.

Em todas as conversações terapêuticas, foi mobilizada a 'entrevista de 15 minutos' (Wright & Leahey, 2009), baseada nas 3 perguntas-chave (etapa 4) e nos elogios (etapa 5) (Apêndice VII). Embora esses elementos tivessem sido previamente estruturados para orientar a intervenção, a sua aplicação foi flexível e sensível à dinâmica familiar, permitindo que o processo fosse conduzido em diálogo de acordo com as necessidades e ritmo próprios de cada família,

No 1º momento foram utilizados os seguintes instrumentos que se apresentam no Anexo V:

- I - Caracterização sociodemográfica;
- II – Avaliação familiar (tipo de família, ciclo de vida, notação social segundo a escala de Graffar adaptada por Amaro (2011); e funcionalidade familiar segundo o *APGAR Familiar* de Smilkstein (1978);
- III – *Ageism Survey*.

Para análise dos dados, foi adotado o método quantitativo, com aplicação de estatística descritiva, através do programa informático Microsoft Excel®. Foram, também, construídas tabelas para facilitar a visualização e interpretação dos resultados.

2.4. Apresentação e discussão de resultados

Este subcapítulo constitui uma etapa essencial da investigação, na qual os resultados são analisados e interpretados criticamente. Os dados são apresentados de acordo com as etapas do PE de Família, que integra “uma abordagem sistêmica para identificar necessidades e preocupações, tomar a ação correta para ajudar (...) a resolver o problema, e avaliar o grau de consecução dessas necessidades e preocupações” (Hanson, 2005, p. 159).

Embora o modelo teórico compreenda cinco etapas, neste relatório algumas foram agrupadas para facilitar a leitura e compreensão global do projeto. A apresentação e discussão dos resultados são realizadas de forma articulada. A organização interna segue as três dimensões do MDAIF. No entanto, dada a relevância específica da temática

da discriminação com base na idade avançada, neste projeto, esta foi considerada como uma quarta dimensão autónoma.

2.4.1. Análise dos dados da família

Segue-se a apresentação e análise dos dados recolhidos, correspondentes às duas primeiras etapas do PE de Família: a avaliação e análise dos dados da família tendo como fio condutor as 3 dimensões do MDAIF, que fundamentaram as intervenções delineadas posteriormente.

Por razões de otimização do espaço, as tabelas com dados quantitativos e descritivos (como perceções familiares, padrões relacionais e aspetos observacionais) foram incluídas nos apêndices. Neste subcapítulo, os dados são analisados e interpretados de forma crítica, com base nos objetivos definidos para o projeto e interpretados à luz de princípios teóricos de ESF.

De acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012), a avaliação na **dimensão estrutural**, inclui a identificação da composição familiar e os vínculos com os subsistemas, como a família extensa. Embora a amostra seja composta apenas por famílias idosas (casal¹⁰ ou unipessoal), que não incluem descendentes no agregado familiar, procedi à avaliação da perceção destas famílias, sobre a sua relação com a família extensa, permitindo identificar as funções de rede dos elementos significativos dessa família, conforme previsto pelo modelo, e contribuir para uma visão abrangente sobre os recursos e os vínculos que influenciam a saúde e o bem-estar das famílias avaliadas. Foram abordados os dados avaliativos: 'Tipo de Família', 'Família Extensa' (Tipo de contacto, Intensidade de contacto e Função das relações), 'Sistemas mais Amplos' e 'Classe Social' (Figueiredo, 2023, p. 386) que de seguida se expõem.

A amostra, composta por 16 famílias (23 membros), no que concerne ao sexo, e tal como se observa na *Tabela A* do Apêndice VIII, apresenta uma distribuição relativamente equilibrada, com uma ligeira predominância de homens, que não é consistente com as estatísticas demográficas. Essas indicam que, transversal à grande maioria das sociedades, existe uma maior longevidade das mulheres (maior esperança

¹⁰ "(...) homem e mulher (...) que podem ou não ser legalmente casados" (Figueiredo, 2012, p. 74).

de vida à nascença) e maior mortalidade masculina (Fernandes et al., 2023). Observamos, na *Tabela B* do Apêndice VIII, uma predominância das faixas etárias mais avançadas, evidenciando a relevância do estudo em contexto de envelhecimento.

No que diz respeito ao nível de instrução, como se pode observar no Apêndice VIII – *Tabela C*, existe um perfil variado, refletindo uma combinação de formação básica e avançada, isto é, a amostra é composta por indivíduos com diferentes trajetórias académicas. Na amostra verificou-se a ausência de indivíduos com menos de 4 anos de escolaridade.

Na população estudada identificaram-se dois tipos de famílias, como ilustrado na (Apêndice VIII - *Tabela D*): 'Casal'¹¹ e 'Unipessoal'¹². As famílias do tipo 'casal' foram predominantes representando 63% da amostra (n=10), das quais 80% (n=8) eram casadas e 20% viviam em união de facto (n=2), coabitando exclusivamente com o cônjuge. As famílias unipessoais, que representaram 37% (n=6) da amostra, eram compostas por viúvos(as), sugerindo uma dinâmica familiar marcada por perdas. Todas as famílias residiam em casa própria, como proprietários ou arrendatários, na área de abrangência da USF, onde o estágio foi realizado.

A respeito da família extensa, os dados revelam (Apêndice VIII – *Tabela E*) uma preferência pelo contacto pessoal em termos de 'função das relações', com variações nos tipos de contacto secundários, como 'telefone', e uma ausência significativa de respostas em algumas categorias, especialmente 'ajuda material'. O 'contacto diário' é o mais comum na categoria 'função das relações' (Apêndice VIII - *Tabela F*). Observa-se uma variedade de fontes de apoio dentro das relações familiares (Apêndice VIII – *Tabela G*), sugerindo a importância de uma orientação inclusiva ao definir o conceito de família. Enquanto os cônjuges emergem como a principal fonte de 'apoio emocional' e 'regulação social' os filhos desempenham um papel significativo em várias áreas, como 'apoio emocional' e 'acesso a novos contactos'. É importante notar que amigos e vizinhos também são reconhecidos como fontes de 'companhia social' e 'acesso a novos contactos'.

¹¹ membros de sexos opostos ou mesmo sexo que podem ou não ser legalmente casados (Figueiredo, 2012)

¹² uma pessoa numa habitação (Figueiredo, 2012)

Na maioria dos casos, as famílias referem estar muito tempo em casa e o contacto com as instituições de saúde é frequente, como no caso da USF. Salientam poucas outras conexões, especialmente no sexo feminino, situação que se acentua, de uma forma geral, à medida que a idade aumenta. As causas apontadas para este ‘isolamento’ estão relacionadas com problemas de mobilidade e barreiras arquitetónicas, além do medo de quedas ou de andar sozinho na rua. Ver televisão é referida como a ocupação mais comum durante o tempo livre.

Seguindo o MDAIF importa avaliar o rendimento familiar. A Escala de Graffar encontra-se amplamente difundida no espaço europeu e está adaptada para a população portuguesa, avaliando as condições socioeconómicas familiares e permitindo a classificação em cinco níveis sociais distintos, como refere Figueiredo et al. (2023). Foi adaptada por Amaro (2001) e adotada pelo MDAIF como refere (Figueiredo, 2012). Os dados obtidos com a supracitada escala (Apêndice VIII – *Tabela H*) revelam uma distribuição variada da classe social por 4 categorias, não havendo famílias na ‘classe baixa’. Observa-se um predomínio de famílias pertencentes à classe média baixa (50%, n=8). Em contraste, há uma representação menor das famílias nas classes média (19%, n=39 e média alta (25%, n=4). A classe alta possui a menor representação (6%, n=1). A distribuição da amostra por classes socioeconómicas, com predominância na classe média-baixa, poderá ter impacto no tipo e frequência de interações sociais estabelecidas, refletindo desigualdades no acesso a recursos que promovem o bem-estar e a inclusão social.

Os resultados sobre a estrutura familiar presentes nas famílias estudadas, mostram uma predominância de famílias do tipo ‘casal’ sugerindo uma tendência para a estabilidade conjugal e, contextualizada pela faixa etária, reflete, eventualmente, padrões culturais e tradicionais de casamento. A preferência pelo ‘contacto pessoal’ pode sugerir a importância das interações, face-a-face, na vida destas famílias. Numa perspetiva sistémica, os membros da família procuram interações sociais em várias esferas, não se limitando a uma fonte específica, o que revela vínculos afetivos diversificados e autodeterminados (Feldner & Cussolim, 2018; Figueiredo, 2012; conforme citado em Figueiredo et al., 2023). A limitação das famílias aos ambientes domésticos e às instituições de saúde sugere um possível isolamento social, especialmente entre os participantes com idade mais avançada e do sexo feminino.

Em síntese, os resultados obtidos na dimensão estrutural revelam um perfil familiar marcado pela predominância de famílias do tipo casal, relações com a família extensa e participação social limitada, especialmente entre mulheres com mais idade. Estes dados contribuem para a compreensão do contexto relacional e socioeconómico das famílias avaliadas, servindo de base para a definição de diagnósticos de SF e de estratégias de intervenção que promovam o reforço dos vínculos sociais e a capacitação para lidar com o idadismo, de acordo com os objetivos deste projeto.

No âmbito da **dimensão de desenvolvimento** do MDAIF, foram analisados dados relativos à 'etapa do ciclo vital', à 'relação dinâmica' e à 'comunicação' entre os membros do casal. Todas as famílias se situavam na VIII etapa ('Famílias Idosas' - da reforma à viuvez), segundo a classificação de Duvall & Miller (1985) conforme citado por Figueiredo (2023). Verificou-se que nenhuma das famílias coabitava com descendentes. As informações obtidas indicaram uma tendência para uma diminuição progressiva da autonomia, acompanhada por uma redução tanto na atividade física quanto mental, além de revelarem uma certa conformidade em relação à idade. Estas observações estão de acordo com as afirmações de Figueiredo (2012), que descreve um declínio natural na autonomia e nas atividades à medida que a idade avança. O confinamento imposto durante a crise pandémica, parece ter agravado esta realidade, deixando marcas que ainda hoje são perceptíveis.

As famílias unipessoais podem enfrentar desafios adicionais ao lidar com a perda do cônjuge, e frequentemente expressaram sentimentos de solidão. A regulação da autonomia-dependência, um dos três elementos identificados por (Alarcão, 2002) como parte da transição desenvolvimental do envelhecimento, revela-se particularmente complexa para as famílias idosas. Muitas resistem a aceitar ajuda externa, preferindo preservar a sua independência, mesmo que isso torne o quotidiano mais desafiante. Por outro lado, algumas famílias idosas optam por depender exclusivamente dos filhos. Essa resistência pode levar à inversão da hierarquia relacional, outro conceito destacado por Alarcão (2002), o que pode resultar em sobrecarga para os cuidadores.

Apesar do apoio percebido, as famílias idosas relatam, por vezes, que os filhos prestam mais apoio prático, como acompanhamento a consultas médicas, mas menos apoio emocional e social. Essa carência de apoio emocional parece ser compensada pelo

uso da televisão como companhia. As estratégias de apoio e educação podem incentivar a procura de novas formas de suporte (não intrusivo) que respeitem a autonomia, incluindo redes sociais mais amplas. Discrepâncias nos horários livres entre os cônjuges foram referidas com algum desconforto. No caso de um casal em que um dos membros já está reformado, enquanto o outro ainda trabalha a tempo integral, a minha intervenção, desencadeou negociações e consensos.

Os dados desta dimensão revelam desafios significativos para as famílias idosas, como a solidão, a gestão da autonomia e a reorganização das relações conjugais e familiares. Estes aspetos podem influenciar a autoperceção do idadismo, sobretudo em contextos de perdas e isolamento, como ocorre frequentemente com membros viúvos. O empoderamento das famílias idosas pode contribuir para a redefinição de papéis e a promoção de representações mais positivas do envelhecimento na família.

A **dimensão funcional** orienta a avaliação do 'processo familiar'. O instrumento *APGAR Familiar* de Smilkstein (Apêndice VIII- *Tabela I*), avalia a autoperceção de cada elemento da família sobre o funcionamento familiar e permite que manifestem "o grau de satisfação no cumprimento de parâmetros básicos da função familiar" (Figueiredo, 2012, p. 18). Foi preenchido pela totalidade dos membros das famílias idosas (adesão de 100%). Verificou-se, nos testemunhos, que muitos casais apresentavam uma organização estereotipada dos papeis familiares. A esposa assumindo, predominantemente, o 'papel de cuidado doméstico' e o marido o 'papel de provedor'. Existe também uma aparente associação do 'papel recreativo' e de 'parente' aos filhos, amigos e vizinhos, mantendo-se um padrão que eventualmente associa uma conceção contemporânea de família a uma visão mais tradicional dos papeis.

Algumas famílias expressam conforto com a quantidade de tempo que passam juntas, enquanto outras destacam a importância da comunicação aberta e construtiva. No entanto, alguns casais, especialmente os com mais idade, relatam insatisfação com o padrão de comunicação, evidenciando ambivalência nas dinâmicas comunicativas. Por exemplo, um dos membros do casal mencionou: "não precisamos de falar muito porque já nos conhecemos muito bem"; enquanto o outro referiu que "às vezes sinto falta de ter alguém com quem conversar cá em casa".

A maioria das famílias (78%, n=18) perceberam um alto nível de funcionalidade. Apesar das respostas entre os membros do casal serem geralmente semelhantes, foram observadas pequenas disparidades, especialmente em relação à satisfação com a ajuda recebida e ao tempo passado juntos. No entanto, essas diferenças não são expressivas e não refletem percepções distintas sobre a funcionalidade familiar dentro do próprio casal. A média de pontuação dos homens foi ligeiramente mais alta do que a das mulheres (9 e 8). A categoria de 'Famílias com Disfunção Acentuada' revelou-se uma classe vazia no contexto desta amostra.

De acordo com o MDAIF, que destaca a importância de compreender as dinâmicas familiares, para prestar cuidados adequados e personalizados, a divisão tradicional de papéis familiares evidenciada nos resultados, reforça a necessidade de abordagens colaborativas que considerem as diferentes perspectivas e necessidades dos membros da família, particularmente no subsistema conjugal - aspectos cruciais na identificação de diagnósticos familiares e no papel interventivo do enfermeiro especialista em SF. As disparidades nas respostas entre os cônjuges podem indicar áreas de tensão e divergência dentro das famílias, especialmente quando não há consenso ou quando há conflito e sobrecarga de papéis.

A resiliência e as estratégias de *coping* observadas em algumas famílias podem ser interpretadas tendo em consideração a Teoria da Transições. Durante o processo de transição desenvolvem-se competências e condutas para gerir a nova situação, aproximando-se de um período de estabilidade, com aumento dos níveis de mestria e ganhos em saúde. O conceito de identidades flexíveis e integradoras sugere que uma transição saudável deve envolver a reformulação da identidade do indivíduo, incorporando novos conhecimentos para modificar comportamentos (Meleis, et al., 2010; Wilson, 1997, conforme citado por (Santos et al., 2015b). Com base nessa Teoria, observam-se, na prática clínica, situações em que a adaptação familiar se revela complexa e multifacetada. Alguns casos exemplificam esta realidade, como por exemplo: um casal de viúvos, inicialmente unidos pela necessidade pragmática de partilhar despesas e companhia, encontrou desafios, não tanto internos, mas com a família da esposa, que não aceitava esta nova união, causando tensão no ambiente familiar e afetando negativamente o bem-estar emocional de ambos. Outro casal, composto por um dos membros afetado por demência e o outro por uma doença crónica, contava com o apoio

do único filho, apresentando-se como um trio (unido e comprometido) que em conjunto com a equipa da USF dava respostas às necessidades de cuidados da família.

Num dos cenários familiares analisados, os avós assumiam frequentemente o papel de cuidadores principais dos netos, na ausência dos pais. Essa responsabilidade que, salvo em situações de necessidade, não deveria substituir o papel parental, pode ser um recurso valioso no apoio aos pais e na socialização e educação dos netos (Ramos, 2005). A carga horária de trabalho dos pais, poderá contribuir para esta situação. Embora os avós geralmente apreciem a oportunidade de passar tempo com os netos e de contribuir para o bem-estar da família, podem apresentar sentimentos de sobrecarga e frustração. Uma falta de comunicação clara entre pais e avós, sobre o tipo e a duração da ajuda necessária, pode levar a situações em que os avós se sintam forçados a assumir responsabilidades além das suas capacidades ou desejos. Enquanto enfermeiros especialistas em SF devemos promover abordagens colaborativas e inclusivas por parte dos pais, onde as necessidades e limitações dos avós sejam consideradas e respeitadas.

As experiências relatadas, centradas na funcionalidade familiar, revelam também contextos em que o idadismo pode emergir, de forma explícita ou subtil, sobretudo na distribuição dos papéis e na valorização da autonomia dos idosos. Assim, o reconhecimento destas especificidades funcionalmente orienta uma intervenção mais precisa do enfermeiro especialista, contribuindo para a promoção sustentada da SF.

A **dimensão da discriminação com base na idade avançada** foi analisada com base nos resultados do instrumento *Ageism Survey* (Anexo II), permitindo compreender a autoperceção de idadismo nas famílias idosas em estudo. Esta dimensão é importante na análise da dimensão de desenvolvimento, pois a autoperceção de **idadismo** pode impactar as interações e dinâmicas familiares ao longo do ciclo vital. O procedimento foi conduzido exclusivamente por mim, sendo o questionário de autopreenchimento, algumas vezes explicado, sempre que solicitado pelos participantes.

A comparação¹³ (Apêndice IX) dos dados recolhidos na USF (n=23) com uma amostra nacional portuguesa (n=324), mostra que a maioria dos participantes indicou não experienciar episódios de discriminação por idade (84% na USF e 88% na amostra

¹³ Esta necessidade permitiu esclarecer a existência de convergências ou divergências nos dados obtidos entre um contexto alargado (nacional) e uma USF.

nacional). Todavia, é possível que algumas situações tenham passado despercebidas ou não tenham sido reconhecidas como discriminação, especialmente as mais subtis.

Os itens mais frequentemente (≥ 1 vez)¹⁴, identificados como episódios de discriminação na amostra da USF tendem a refletir formas subtis de idadismo, geralmente associadas a interações interpessoais, como piadas ou atitudes protetoras que, embora possam parecer inofensivas, reforçam estereótipos negativos sobre o envelhecimento (itens 1, 5, 16 e 17¹⁵). Na amostra nacional, os episódios que se destacaram evidenciam uma preocupação particular com a associação da idade a limitações físicas ou cognitivas (itens 12, 16 e 17¹⁶).

Nos itens mais pontuados em ambas as amostras, a maior frequência de respostas nas categorias '>1 vez' em comparação com '1 vez' indica padrões relevantes: na USF, os itens relativos a 'contar anedotas', 'paternalismo', 'surdez' presumida e 'incompreensão' atribuída à idade avançada registaram valores entre 13% e 35%, de diferença entre elas. Essas diferenças entre as categorias de resposta ('>1 vez' e '1 vez') sugerem que certos episódios de discriminação não se limitam a ocorrências isoladas, mas repetem-se com frequência, reforçando a noção de idadismo como uma vivência continuada no cotidiano das pessoas idosas.

"As ações que eliminam discriminação e melhoram as condições socioeconômicas, provavelmente irão melhorar a trajetória de envelhecimento saudável para todos" (OMS, 2020, conforme citado por (Morsch & Veja, 2023, p. 8). A análise da percepção de idadismo segundo a classe social, medida pela escala de Graffar (Apêndice X), permite observar padrões diferenciados de vivência da discriminação. Esta abordagem contribui para uma compreensão mais completa do fenômeno e está alinhada com os objetivos do projeto, ao reforçar o papel do enfermeiro especialista na identificação de vulnerabilidades e na promoção de estratégias de intervenção ajustadas às realidades socioeconômicas das famílias idosas.

¹⁴ Em termos de análise a agregação das colunas 'uma vez' e 'superior a uma vez', interessa por permitir perceber quantos dos participantes vivenciaram as situações, quer de forma isolada ('1 vez'), quer de forma recorrente (≥ 1).

¹⁵ Item 1 – "contar anedotas"; item 5 – "atitudes paternalistas"; item 16 – "assumir surdez"; item 17 – "assumir incompreensão devido à idade".

¹⁶ Item 12 – "associar dores à idade"; item 16 – "assumir surdez"; item 17 – "assumir incompreensão devido à idade".

A referida tabela (Apêndice X), revela que as percepções de idadismo variam entre as diferentes classes sociais. As classes, média baixa (IV) e média alta (II), mostram uma maior diversidade de respostas, com os participantes a relatar desde episódios raros, até frequentes. Por outro lado, a classe média (III) apresenta uma concentração de respostas na categoria "raramente" (1 a 2 vezes) com um valor de 80%. Este padrão pode estar associado a uma percepção menos diversificada do idadismo. A classe alta (I), representada por um único participante, mostra o valor de discriminação apenas na categoria "algumas vezes" (3 a 5 vezes) o que sugere que, pelo menos neste caso, o idadismo foi percebido como um evento não raro, mas também não extremamente frequente (Apêndice XI). Estas variações podem estar ligadas a diferentes níveis de exposição social e/ou resiliência, relativamente ao fenómeno em estudo (idadismo), que podem ser influenciadas pelo contexto socioeconómico. Mais estudos seriam necessários para validar esta possibilidade.

Por fim, a associação entre funcionalidade familiar (avaliada pelo *APGAR*) e autopercepção de idadismo (Apêndice XII) Nas 'famílias altamente funcionais', existe uma distribuição variada das experiências de idadismo, desde aquelas que nunca relataram vivenciar esses episódios, até aquelas que os vivenciaram frequentemente. Em contraste, nas 'famílias moderadamente disfuncionais', todos os participantes relataram pelo menos uma experiência de idadismo, com uma distribuição mais equilibrada entre as frequências moderadas e altas de vivência desses episódios. Adicionalmente, diferenças entre os sexos foram observadas (Apêndice XIII), com os homens a aparentar maior sensibilidade ou exposição ao idadismo, independentemente da funcionalidade familiar, enquanto nas mulheres este efeito parece menor em famílias funcionais (menos expostas e/ou experienciar idadismo com menor frequência), embora essa tendência diminua em 'família moderadamente disfuncionais'.

Estas observações reforçam a importância de integrar a avaliação deste tipo de discriminação na prática de enfermagem especializada em SF e, eventualmente, considerar as diferenças de sexo, ao desenvolver estratégias para combater o idadismo. Parecem indicar que o fortalecimento da funcionalidade familiar pode oferecer um efeito protetor para as mulheres. Mais estudos seriam necessários para validar esta tendência.

É importante salientar que, devido às características metodológicas do estudo as conclusões obtidas a partir dos dados não devem ser generalizadas para a população em

geral, mas antes interpretadas com prudência, servindo mais como reflexões sobre os padrões observados, naquele contexto.

2.4.2. Planeamento, implementação e avaliação de cuidados de enfermagem

No âmbito do PE de Família, os planos de cuidados sistematizam o cuidar individualizado e colaborativo, em resposta às necessidades identificadas. Como refere (Hanson, 2005), “os enfermeiros têm o papel único de diagnosticar e orientar as reações humanas face às mudanças de vida” (p. 177), sublinhando a importância da parceria entre enfermeiros e famílias na prestação de cuidados.

Nesta fase, apresentam-se os planos de cuidados decorrentes das três últimas etapas do PE de Família: planeamento de cuidados à família (etapa 3), implementação de cuidados (etapa 4) e avaliação de resultados (etapa 5). Estes planos foram construídos a partir dos dados de avaliação mais recorrentes, conduzindo à formulação de diagnósticos específicos, definidos em colaboração com as famílias e posteriormente validados pelas mesmas.

Embora não tenham sido individualizados para cada família, os planos visam responder a necessidades comuns identificadas no conjunto das famílias participantes, no contexto do idadismo. São apresentados segundo as três dimensões do MDAIF, organizados por diagnóstico de SF, com a respetiva formulação de objetivos, intervenções (nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental), indicadores e resultados esperados.

O diagnóstico associado à dimensão de desenvolvimento foi confirmado por todas as famílias, tendo sido por isso o único plano implementado. Esta dimensão, que considera as transições e desafios ao longo do ciclo vital, articula-se diretamente com o tema central deste projeto – o idadismo. O envelhecimento, enquanto transição normativa e desenvolvimental, pode desencadear vulnerabilidades específicas associadas à discriminação etária.

Os resultados obtidos na fase de avaliação, no que se refere à **dimensão estrutural** do MDAIF, já apresentados e analisados no ponto 2.4.1, permitiram uma caracterização das famílias idosas participantes e sustentaram a formulação de um diagnóstico familiar potencial.

O diagnóstico identificado — *risco de isolamento das famílias idosas* (Apêndice XIV) — não foi comum a todas as famílias avaliadas, nem foi considerado prioritário pelas que o reconheceram. No entanto, emergiu como uma área relevante de atenção, especialmente no contexto das vulnerabilidades estruturais e do impacto potencial do isolamento social na SF.

Nesse âmbito, destaca-se a colaboração informal com a organização comunitária “Alegria de Viver”, cuja equipa, durante o período de estágio, visitou a USF para apresentar os seus objetivos e iniciativas centradas na promoção do bem-estar de pessoas com 65 ou mais anos — grupo coincidente com a população-alvo deste projeto. Esta entidade desenvolve iniciativas socioculturais e recreativas que promovem a integração social da população idosa, contribuindo ativamente para a prevenção do isolamento. Reconhecendo a pertinência destas ações, foi promovida a divulgação dos recursos existentes junto de utentes da USF (entrega de folhetos “Alegria de Viver” - Anexo VI), numa lógica de articulação e proatividade, orientada pela identificação de oportunidades de mobilização de recursos comunitários enquanto elemento potenciador da resposta às necessidades das famílias idosas.

Na **dimensão de desenvolvimento** do MDAIF, a análise centrou-se na perceção das famílias sobre o idadismo, avaliando a sua literacia e capacidade reflexiva face ao fenómeno. A taxa de resposta ao instrumento *Ageism Survey* foi de 100%, considerando o número total de famílias que completaram o questionário.

A primeira aplicação permitiu obter uma avaliação inicial das perceções sobre o idadismo, com a análise centrada na frequência das respostas a cada item (Apêndice IX). No entanto, constatou-se que a maioria dos participantes não possuía familiaridade prévia com o conceito. Perante este cenário, foi implementada uma intervenção estruturada (2.º momento), com recurso à conversação terapêutica e à exploração partilhada de um folheto informativo, promovendo o pensamento crítico e a literacia em saúde. Duas semanas depois foi realizada uma segunda aplicação com o mesmo instrumento (3.º momento), com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção (Apêndice XV).

O diagnóstico de enfermagem familiar emergiu da interação dinâmica com as famílias, não se restringindo à análise quantitativa, mas integrando também os dados

qualitativos obtidos nas sessões de conversação terapêutica (Apêndice XVI). Nesse processo, evidenciaram-se forças familiares, como a abertura ao diálogo e o interesse em aprofundar conhecimentos sobre o idadismo. Simultaneamente, identificou-se a necessidade de promover a consciencialização crítica sobre o fenómeno, não apenas face a experiência direta de idadismo, mas sobretudo pela dificuldade em reconhecer e atuar perante situações de discriminação com base na idade avançada.

No âmbito da “aceitação do envelhecimento” importa definir, com as famílias idosas, estratégias de *coping* no sentido de “reduzir ou eliminar barreiras, apreensões e tensões”, como são exemplo as situações de idadismo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 37).

O diagnóstico familiar formulado, apresentado na Tabela 1, foi identificado como “Risco de perceção alterada de episódios de idadismo com base na idade avançada”, relacionado com a falta de conhecimento sobre o fenómeno.

Tabela 1 - Plano de cuidados das famílias idosas – dimensão de desenvolvimento do MDAIF

Diagnóstico Familiar: Risco de perceção alterada de episódios de idadismo com base na idade avançada	
Objetivos	Aumentar a consciência sobre o idadismo Melhorar a capacidade das famílias idosas para a identificação de episódios de idadismo
Intervenções	
Domínio cognitivo	Conversações terapêuticas realizadas num gabinete da USF (Apêndice VII), utilizando perguntas lineares (<i>Ageism Survey</i>) circulares, estratégicas e reflexivas e exploração do folheto sobre o idadismo (Apêndice VI)
Domínio afetivo	Utilização de estratégias de intervenções sistémicas em ESF como reenquadramento e metáforas para promover a expressão de emoções
Domínio comportamental	Prescrições terapêuticas tais como a partilha da informação contida no folheto, para conversas com a família extensa e comunidade
Indicadores	Taxa de resposta ao <i>Ageism Survey</i> (1º momento e 2º momento) Perspetivou-se um aumento de 30% na identificação de episódios de idadismo pelas famílias após a intervenção
Resultados	Taxa de resposta ao <i>Ageism Survey</i> (100%) (1º momento e 2º momento) Obteve-se um aumento de 58,8 % na identificação de episódios de idadismo pelas famílias após a intervenção (Apêndice XV)

O diagnóstico, integrado nesta dimensão avaliativa, emergiu da análise conjunta dos resultados obtidos através do *Ageism Survey* e das conversações terapêuticas, que permitiram explorar as percepções das famílias e a sua literacia sobre o tema. A partir desse diagnóstico, foram definidos objetivos e estratégias de intervenção centradas na promoção da consciência crítica e da capacidade de reconhecimento do idadismo.

As intervenções delineadas distribuíram-se pelos domínios cognitivo, afetivo e comportamental, envolvendo sessões de conversação terapêutica semiestruturadas (Apêndice VII), o uso de ferramentas visuais (folheto – Apêndice VI) e técnicas de intervenção interacionais como reenquadramento e metáforas, com vista ao reforço da reflexão e da expressão emocional. Foi ainda incentivada a partilha da informação com a família alargada e a comunidade.

Os resultados observados superaram as expectativas iniciais: verificou-se um aumento de 58,8% (Apêndice XV) na identificação de episódios de idadismo entre a primeira e segunda avaliação, demonstrando a eficácia da intervenção no fortalecimento da literacia. As conversações ocorreram num ambiente acolhedor e preparado, que favoreceu a relação terapêutica e a abertura ao diálogo.

A clarificação do conceito de idadismo e a sua nomeação foram determinantes para o desenvolvimento de uma nova consciência sobre o fenómeno (Murteiro & Figueiredo, 2023). Essa evolução é interpretada à luz da Teoria das Transições (Meleis, A. Meleis, 2006), como uma transição de ‘conhecimento’, em que os indivíduos passam de um estado de desinformação para um estado de reconhecimento e compreensão (Costa, 2016; A. Meleis, 2006, 2010; Santos et al., 2015a; Schumacher et al., 2010). Nessa perspetiva, o ‘grau de envolvimento’ dos indivíduos nos processos inerentes à transição é influenciado pelo conhecimento que possuem sobre o seu próprio processo de transição. Assim, a mudança não pode ocorrer sem a consciencialização do fenómeno em si. A adaptação e o bem-estar, enquanto indicadores de SF, dependem da capacidade de reconhecer e agir perante os desafios associados ao idadismo, contribuindo assim para a construção de comunidades mais justas e equitativas (Oliveira et al., 2023; Organização Pan-americana de Saúde, 2022).

Na **dimensão funcional** do MDAIF, os dados objetivos apresentados e discutidos no subcapítulo 2.4.1. permitiram identificar uma potencial disfunção no processo familiar

(Apêndice XVII). As observações qualitativas revelaram que, nas famílias idosas participantes, a divisão tradicional dos papéis familiares surge como uma característica geracional. Longe de ser percebida como problemática, esta organização foi, na maioria dos casos, entendida como natural pelos próprios membros familiares, refletindo os valores e expectativas que moldaram essas estruturas ao longo do tempo.

Contudo, observou-se ambivalência nas dinâmicas comunicativas, sugerindo possíveis conflitos. A média de pontuação na escala *APGAR* evidenciou uma ligeira diferença entre sexos — com os homens a registarem uma média de 9 e as mulheres de 8 —, o que pode refletir uma maior percepção de funcionalidade por parte dos homens, possivelmente associada à forma como os papéis tradicionais são desempenhados dentro da família. Apesar de não se poder estabelecer uma relação causal direta, esta diferença pode ser relevante para investigações futuras.

Posteriormente, após o 2º momento de intervenção, no âmbito do diagnóstico da dimensão de desenvolvimento, optou-se por reavaliar a funcionalidade familiar. A reflexão crítica sobre o idadismo e as conversações terapêuticas poderiam, indiretamente, influenciar as dinâmicas relacionais e comunicacionais da família. A nova aplicação na escala *APGAR* demonstrou alterações (Apêndice XVIII), sugerindo que a intervenção implementada, embora não direcionada especificamente para esta dimensão, pode ter contribuído para uma mudança positiva na percepção e vivência da funcionalidade familiar.

2.5. Impacto, limitações e perspetivas futuras

A avaliação inicial e análise dos dados, baseadas na aplicação PE de Família, revelaram a necessidade de uma intervenção centrada na exploração do conceito de idadismo, seguida de uma reavaliação através da reaplicação do *Ageism Survey*. O **impacto do projeto** tornou-se evidente durante as interações com as famílias idosas e a aplicação inicial do questionário, ao constatar-se que o fenómeno do idadismo era amplamente desconhecido. Procurou-se, assim, expandir o conhecimento sobre o tema e melhorar a capacidade das famílias para identificarem episódios vivenciados.

Esta perspetiva, coerente com a Teoria das Transições (Meleis, 2006), enfatiza a importância da tomada de consciência e da adaptação durante períodos de transição,

como o envelhecimento. Em suma, e de acordo com Carvalho (2009), conforme citado por Murteiro & Figueiredo (2023), permitiu "à família aprender a nomear-se, reduzindo a indeterminação e aprender a saber o que lhe acontece, atribuindo uma origem, uma história, um sentido existencial" (p. 422). Durante as conversações terapêuticas no 2.º momento, foi entregue e explorado um folheto informativo (Apêndice VI) sobre o idadismo, com exemplos práticos que ajudaram as famílias a reconhecer este fenómeno no quotidiano. Foram discutidas situações como ser ignorado em conversas familiares ou em contextos de saúde, onde as pessoas idosas são frequentemente alvo de atitudes condescendentes.

Uma participante de 70 anos (viúva) partilhou que, em reuniões familiares, os filhos frequentemente desvalorizavam as suas opiniões, assumindo que não possuía conhecimento atualizado. Outro participante, um senhor de 82 anos (viúvo), relatou que, numa consulta médica, o profissional dirigiu-se quase exclusivamente ao filho que o acompanhava, deixando-o sem espaço de participação na sua própria consulta, o que gerou frustração e um sentimento de impotência.

Estas experiências permitiram às famílias reconhecer e nomear episódios de idadismo nas suas vidas, promovendo uma maior consciência e reflexão. As conversas terapêuticas favoreceram a identificação de comportamentos discriminatórios e a coconstrução de estratégias para enfrentá-los. Nos exemplos citados, a senhora de 70 anos foi incentivada a expressar aos filhos o valor da sua experiência de vida, enquanto o senhor de 82 anos delineou com o filho, antes da consulta, a melhor forma de garantir a sua vontade durante a interação com o médico, incluindo o posicionamento estratégico na sala e a gestão da intervenção do acompanhante.

A segunda aplicação do *Ageism Survey* (3.º momento) revelou um aumento na identificação de episódios de idadismo. Verificou-se uma diminuição da média de respostas "Nunca" de 83% para 74% e um aumento nas respostas "≥1" de 17% para 26%, sugerindo uma maior consciencialização após a intervenção educativa (Apêndice XV). Os itens com maior variação relacionam-se com experiências subjetivas e interpessoais, como ser ignorado, sofrer insultos, ser alvo de paternalismo ou ser considerado incapaz devido à idade avançada.

Os dados sugerem que estas experiências de discriminação são mais recorrentes do que pontuais, refletindo um padrão disseminado de idadismo. As conversas

terapêuticas revelaram-se uma estratégia eficaz para sensibilizar para este fenómeno, promovendo reconhecer preconceitos implícitos e/ ou interiorizados, desconstruir estereótipos e desenvolver estratégias proativas, contribuindo para a mestria na transição e a integração de nova identidade (Silva et al., 2019).

O enfermeiro especialista em Enfermagem SF, enquanto agente facilitador de mudança, assume um papel central na promoção de práticas mais equitativas, através da criação de espaços terapêuticos e reflexivos que favorecem o aumento da literacia em saúde, o empoderamento das famílias e a sensibilização das equipas interprofissionais.

Na USF, a apresentação e o desenvolvimento do projeto levou a um aumento da sensibilidade da equipa multidisciplinar para o tema. Os profissionais destacaram o valor dos materiais utilizados – como o *Ageism Survey*, o ‘guia para comunicação sem idadismo’, o vídeo exibido na sala de espera e a bibliografia disponibilizada – para continuar a trabalhar esta temática.

Este estudo apresenta algumas **limitações**, entre as quais se destacam o tamanho reduzido da amostra e a sua natureza accidental. Embora esta abordagem seja prática e comum em contextos de estágio, compromete a generalização dos resultados. Outro ponto a considerar, é o possível viés nas respostas, influenciado pela presença do enfermeiro durante a aplicação dos questionários, especialmente no que concerne às questões sobre profissionais de saúde, o que pode ter gerado respostas socialmente desejáveis.

Estas limitações devem ser consideradas na análise dos resultados e sugerem a necessidade de estudos futuros mais robustos e com metodologias controladas.

Este projeto abre caminhos para **investigações futuras** centradas na perceção do idadismo em diferentes contextos familiares e socioculturais. Poderá ser pertinente aprofundar como esta experiência varia em função da classe social, do nível de escolaridade, do sexo ou da funcionalidade familiar. Será que o fortalecimento do funcionamento familiar exerce um efeito protetor nas vivências de discriminação com base na idade, particularmente no caso das mulheres? Estarão as classes sociais associadas a diferentes níveis de exposição ou resiliência face ao idadismo?

Do mesmo modo, estudos comparativos poderão explorar intersecções entre idadeísmo, racismo e sexismo — os três “ismos” estruturais da sociedade, segundo Palmore (2001).

Entre as estratégias discutidas com a equipa interprofissional, destacou-se a pertinência de criar grupos intergeracionais e culturalmente diversos, promotores de práticas inclusivas e alinhados com recomendações e iniciativas internacionais (e.g., *“Who me, ageist?”* thischairrocks.com, n.d.). Estas poderão reforçar a literacia em saúde e a consciencialização crítica, favorecendo ambientes familiares mais equitativos e respeitadores da dignidade em todas as fases do ciclo de vida.

3. Apresentação de Competências Adquiridas e Desenvolvidas

A aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio foi avaliada no decurso do mesmo. Irei neste capítulo realçar as principais CEEEC ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018) (Anexo VII) e das CCEE - (Regulamento n.º 140/2019, 2019) (Anexo VIII) adquiridas e desenvolvidas nas atividades académicas mais relevantes: Estudo de Caso, Planeamento e Desenvolvimento de Projeto. Às atividades serão associadas, entre parêntesis, as siglas e números correspondentes às competências, unidades de competência e/ou critérios de avaliação dos regulamentos supracitados, para facilitar a leitura e correspondência.

Baseando-me num pensamento sistémico, sustentado pelo método do PE de família^{17,18}, cuidei da família como unidade de cuidados e de cada membro ao longo do ciclo vital e a diferentes níveis de prevenção^{16,19}. Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas, foi facilitado pela experiência profissional anterior e pela disponibilidade decorrente das atividades desenvolvidas em estágio (com maior consciência da necessidade de mobilização de conhecimentos teóricos)²⁰. Ficou facilitado o diálogo estabelecido²¹ ao conhecerem o motivo da presença de outra enfermeira, tornando-se mais disponíveis para partilhar informações²². A pesquisa de informações²³ junto a variadas fontes²⁴ revelou interesse, disponibilidade e um conhecimento prévio das situações. A confirmação das informações recebidas “para determinar os tipos de preocupação e de necessidades de cuidados de saúde que a família está a sentir” (Hanson, 2005, p. 167) foi importante para definir intervenções de enfermagem para a concretização de objetivos de saúde individualizados para a família idosa. A presença de mais de um elemento da família nas interações, enriqueceu a observação da comunicação não-verbal e das dinâmicas familiares²⁵.

¹⁷ CEEEC ESF-1.

¹⁸ CCEE-C1, D2.

¹⁹ CCEE-A1, A2, B3, C1, D2.

²⁰ CEEEC ESF-1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7; CCEE-B1, B2, C1, D2

²¹ CEEEC ESF-1.1

²² CEEEC ESF-1.1, 1.6, 1.7; CCEE-A1, C2

²³ CEEEC ESF-1.1, 1.2, 1.8; CCEE-A2, C1

²⁴ CEEEC ESF-1.1, 1.2; CCEE-A1, B3

²⁵ CEEEC ESF-1.1, 1.2, 1.4; CCEE-A2, C1, B3

A recolha de informação para elaborar diagnósticos de enfermagem e fundamentar a tomada de decisão, já faz parte da minha prática clínica, mas a riqueza de informação das famílias em CSP é evidente, comparativamente, aos cuidados hospitalares²⁶. É um desafio, mas facilita a individualização da prestação de cuidados, numa abordagem sistémica, através do conhecimento prévio nos ficheiros da orientadora²⁷. A elaboração de genograma²⁸ com a família foi utilizada como estratégia de colheita de dados e 'quebra-gelo'²⁹, permitindo entender relações familiares e levantar hipóteses sistémicas³⁰. Utilizei em todas as famílias idosas, a escala de Graffar adaptada para determinação da posição social, assim como o *APGAR Familiar* de Smilkstein para avaliar a funcionalidade familiar para do conhecimento holístico da família idosa³¹.

As respostas a diferentes condições de saúde e doença em situações complexas exigem conhecimentos de diversas ciências (pesquisas, artigos científicos, leitura de livros) e o apoio da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar³², onde o contexto da família (dinâmica, saúde, cultura, etapas, etc.) é fundamental³³, assim como os DSS. Um exemplo é a situação descrita no capítulo 1.1, sobre cuidados especializados de ESF a uma família migrante³⁴, bem como o facto de ter conseguido concretizar a transferência do pai para a lista do agregado familiar, valorizando o apoio deste elemento (força da família) e promovendo a 'unidade família' como foco do especialista em ESF³⁵.

O desenvolvimento do projeto de intervenção foi fundamental para promover e recuperar o bem-estar de famílias em situações complexas, como o envelhecimento (alterações biológicas) associado à discriminação – idadismo relacionado com a idade avançada³⁴. A transição desenvolvimental e normativa foi complexificada por outras transições acidentais de saúde e doença. No desenvolvimento deste projeto, promovi o diálogo³⁶, criando um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, como a

²⁶ CEEEC ESF-1; CCEE-C1, C2, B2

²⁷ CEEEC ESF-1.1, 1.2, 2.1; CCEE-C1, C2

²⁸ CEEEC ESF-1.2.3

²⁹ CEEEC ESF-1, 1.1.1

³⁰ CEEEC ESF-1, 1.3.2

³¹ CEEEC ESF-1, 1.2.3; CCEE-C2

³² CEEEC ESF-1, 1.3, 1.7; CCEE-D2

³³ CEEEC ESF-1.1, 1.2, 1.3; CCEE-A1, A2

³⁴ CEEEC ESF-1, 2; CCEE-C1

³⁵ CEEEC ESF-1, 2; CCEE-A1, A2, B3, C1, C2, D2

³⁶ CEEEC ESF-1.1, 1.4, 1.5; CCEE-A2, C1

discriminação. Utilizei estratégias motivacionais para prevenir e atuar contra o idadismo³⁷, evidenciando atitudes naturalizadas e internalizadas e favorecendo o reconhecimento de preconceitos³⁸.

A avaliação contínua da minha prática de ESF foi uma preocupação constante. Avaliar a efetividade das minhas intervenções e criar momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro-família e dos cuidados prestados. Isto foi exemplificado, por exemplo, na reavaliação durante o projeto de intervenção, que foi além do inicialmente preconizado³⁹. Para promover a minha formação pessoal e profissional, apoiei a minha atuação em informações científicas, além de frequentar formações, como: 'Decidir para cuidar - tomada de decisão' (Anexo IX); 'Investigação na prática clínica do enfermeiro' (Anexo X); 'Psicogenealogia: como a família influencia o nosso comportamento' (Anexo XI); 'Ansiedade generalizada: o lugar das preocupações' (Anexo XII)⁴⁰. Na prestação de cuidados, procurei seguir os padrões preconizados, com base nas últimas informações científicas e cumprindo os padrões de qualidade da ordem e as normas e protocolos das unidades onde estagiei⁴¹.

Na prevenção primária, através de intervenções antecipatórias promovi discussões sobre cuidados pós-parto e a integração de famílias migrantes, focando-me na nova dinâmica com a chegada de um recém-nascido, adaptação do irmão mais velho e coabitação de várias famílias migrantes⁴². Mobilizei estratégias de intervenção sistêmica em ESF, nomeadamente conversações terapêuticas e ações educativas sobre cuidados ao recém-nascido, promovendo a unidade familiar⁴³. Na prevenção secundária, identifiquei precocemente a deiscência da sutura na puérpera e referenciei-a para o hospital. Com foco no idadismo e na prevenção primária, realizei formações e promovi discussão sobre idadismo, como avaliar e como evitar a comunicação idadista⁴⁴. As conversações terapêuticas com famílias idosas, e disponibilização de um folheto (Apêndice VI) permitiram clarificar o fenómeno de idadismo para reflexão e partilha. Na prevenção

³⁷ CEEEC ESF-1, 1.5; CCEE-A1, C1

³⁸ CEEEC ESF-1, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8; CCEE-A1, A2, C2, B3

³⁹ CEEEC ESF-1.7., 1.8; CCEE-A1, A2, B3, C1

⁴⁰ CEEEC ESF-1.7; CCEE-B1, D3

⁴¹ CEEEC ESF-1.7; CCEE-B2

⁴² CEEEC ESF-1; CCEE-C1

⁴³ CCEE-C1

⁴⁴ CEEEC ESF-1, 2; CCEE-B1, B2

secundária, apresentei à equipa multiprofissional (apresentação de sessão acerca da implementação do projeto de intervenção e instrumento utilizado), o *Ageism Survey*, utilizado para avaliação e monitorização rápidas, identificando situações que possam requerer intervenções específicas⁴⁵. Na prevenção terciária, discuti programas de reabilitação e apoio, incluindo a criação de grupos de sensibilização para promover a confiança e autoestima, com cuidados personalizados e ambientes livres de atitudes idadistas⁴⁶. Envolvi-me na discussão crítica sobre a autonomia das famílias idosas, transmitindo informações sobre intervenções e alternativas à equipa multiprofissional. Como são exemplos: sessão de apresentação de projeto de intervenção; sessão acerca do tema “guia rápido para evitar idadismo na comunicação” e sessão de apresentação de resultados (Anexo XIII), visando o respeito e dignidade em todas as interações com a família⁴⁷. Utilizei tecnologias de informação e comunicação para aumentar a literacia em saúde, com a partilha de vídeos sobre idadismo na sala de espera⁴⁸.

É possível afirmar que este projeto está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento de Sustentável (ODS), especialmente os ODS 3 e 10, focados na promoção da saúde e bem-estar e na redução das desigualdades (Cabaço et al., 2017). Reflete ainda o compromisso com a Década do Envelhecimento Saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), em particular com as áreas de atuação dirigidas a assegurar as comunidades que valorizam as capacidades das pessoas idosas e garantam cuidados integrados e centrados nesta população. Os resultados obtidos não contribuem apenas para o avanço de uma prática baseada na evidência, como também reforçam a importância da ESF no apoio a uma sociedade mais inclusiva, digna e saudável para todas as gerações.

Com base nas competências adquiridas, pretendeu-se cumprir os requisitos necessários à obtenção do grau de mestre. Apliquei e desenvolvi conhecimentos, realizando contribuições originais em contextos práticos e de investigação. Resolvi problemas em situações novas e complexas, demonstrando habilidade para integrar conhecimentos e desenvolver soluções eficazes, mesmo com informações limitadas.

⁴⁵ CCEE-C1, C2

⁴⁶ CEEEC ESF-1, 2; CCEE-A1, A2, C1, C2

⁴⁷ CEEEC ESF-1, 2; CCEE-A1, A2, D2

⁴⁸ CEEEC ESF-2.2.6; CCEE-D2

Aperfeiçoei a minha capacidade de comunicar conclusões de forma clara, dirigindo-me a especialistas e não especialistas, contribuindo para a aplicação dos resultados do meu trabalho.

A exigência contínua de aprendizagem reflete a minha dedicação à excelência profissional e ao aperfeiçoamento contínuo. Estou confiante de que este percurso me capacitou para enfrentar desafios complexos em ESF e contribuir para o avanço do conhecimento assim como o bem-estar das famílias.

Considerações Finais

A realização deste estágio em CSP constituiu uma oportunidade estruturante para o desenvolvimento das CCEE e CEEEC ESF, possibilitando a consolidação de uma prática centrada na família enquanto unidade de cuidados e elemento determinante na construção de trajetórias de saúde mais equitativas. A família enquanto sistema dinâmico e relacional é um dos principais mediadores das desigualdades em saúde.

Fatores como a condição socioeconômica, a escolaridade, a etnicidade, o envelhecimento, a migração e o isolamento social assumem papel relevante na expressão das vulnerabilidades observadas e refletem o impacto dos DSS nas vivências familiares. Na atuação do enfermeiro especialista destaca-se a importância de identificar e atenuar estes fatores, promovendo o acesso equitativo aos cuidados, a literacia em saúde e a participação ativa das famílias nos processos de cuidados.

A prestação de cuidados globais, sistêmicos, antecipatórios e colaborativos, foi fundamental para apoiar as famílias de acordo com fases de desenvolvimento e transições. Procurei desenvolver estratégias de avaliação familiar e em colaboração com as famílias, definir intervenções que valorizassem as suas potencialidades e superassem limitações e necessidades.

O estudo de caso de uma família nuclear migrante na segunda etapa do ciclo de vida familiar de Duvall permitiu uma intervenção diferenciada que articulou competências de avaliação familiar, comunicação transcultural e tomada de decisão clínica. A compreensão aprofundada das suas necessidades específicas direcionou cuidados culturalmente congruentes, reforçando o papel da família como promotora da adaptação e integração.

O projeto de intervenção em ESF “Autopercepção do idadismo em famílias idosas – contributo do enfermeiro especialista em saúde familiar”, representou uma abordagem orientada para a capacitação e empoderamento das famílias idosas perante o fenómeno do idadismo. Esta abordagem sustenta-se na perspetiva de que “a autonomia e emancipação dos sujeitos, exercem um impacto sobre a promoção da saúde e a redução de iniquidade” (Becker, 2004, conforme citado por Souza et al., 2014, p. 2267). Reforça assim a responsabilidade ética e profissional na promoção de intervenções que valorizem

a escuta ativa, a aceitação, a educação, a orientação, a promoção da autonomia, o respeito e a dignidade.

A liderança da OPAS na sensibilização e prevenção do idadismo, conforme exposto no Relatório Mundial do Idadismo (2022), ampliou a minha visão sobre a importância das iniciativas globais, para a promoção de perspectivas mais inclusivas no envelhecimento com impacto direto nas famílias. A normalização e internalização do idadismo, bem como a idealização da juventude, evidenciam como estereótipos podem influenciar, negativamente a autopercepção e o bem-estar das famílias idosas.

A articulação entre prática e teoria, ao longo deste percurso, proporcionou aprendizagens significativas, através da realização de revisão de scoping, aplicação de instrumentos de avaliação familiar, mobilização de teorias e modelo e a participação em formações. O conceito de transição emergiu como um elemento central, destacando o papel dos enfermeiros de SF como facilitadores de transições saudáveis, particularmente em situações complexas.

No futuro, pretendo publicar a revisão scoping e participar como voluntária no projeto comunitário “Alegria de Viver”, além de concretizar a transferência dos cuidados hospitalares, para os CSP.

Os resultados obtidos sugerem que futuras investigações devem explorar as complexas interações entre idadismo, dinâmica familiar e contexto sociocultural, tendo em consideração a natureza sistêmica e multifacetada das relações familiares. Esta abordagem poderá apoiar intervenções que fortaleçam a capacidade das famílias em enfrentar a discriminação etária, promovendo a resiliência e a inclusão social, transformando estereótipos na família extensa e comunidade.

Esta experiência consolidou o meu compromisso com a enfermagem e renovou o entusiasmo pela profissão, cuja essência consiste em cuidar, ouvir e transformar vidas, reafirmando a minha determinação em ser um agente facilitador de mudança positiva na saúde das famílias.

Foi minha intenção demonstrar neste documento a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do título de mestre e especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de SF, estando convicta de que esta experiência teve e terá impacto positivo na minha atuação profissional presente e futura.

Referências Bibliográficas

- Abreu, M., & Amaral, M. (2023). Famílias e trabalho. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 190–193).
- Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras. (2014). *Plano Local de Saúde - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras*.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (2ª ed). Quarteto.
- Alfaro-Lefevre, R. (2014). *Aplicação do Processo de Enfermagem* (8ª ed). Artmed Editora.
- Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65–77.
- Andrade, L. (2023). Famílias com filhos pequenos. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 162–167).
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). Relatório Portugal mais velho. APAV, 172.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelencia e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. Quarteto Editora.
- Borges, D. C., Solka, A. C., Argoud, V. K., Ayres, G. de F., & Cunha, A. F. da. (2022). Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade. *Saúde Debate*, 46(esp 6), 228–238.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E620>
- Braga, C. G. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 31(3), 498–516.
<https://doi.org/10.1590/s0080-62341997000300011>
- Cabaço, L., Brás, H., & Motta, G. (2017). Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas. PORTUGAL. *Ministério Dos Negócios Estrangeiros*, 1–89.
- Comissão Social da Freguesia de Agualva e Mira-Sintra. (2015). *Diagnóstico Social. Junta de Freguesia da Freguesia de Agualva e Mira-Sintra*.
- Comissão Tripartida da Rede Social de Lisboa. (2017). *Plano de Desenvolvimento Social 2017-2020* (p. 94).
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- 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.

- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (Elsevier Science Limited, Ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.
- Fernandes, A. M., Marvão, L., & Miguel, S. (2023). *Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2023*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género/ Direção de Serviços de Apoio à Estratégia e ao Planeamento/ Divisão de Comunicação, Informação e Documentação.
- Fernandes, I. (2023). Famílias com filhos adolescentes. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 171–177).
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H. de J. S., Corte, A., Reis, A., Freitas, A., Leite, A. C. de S., Vilar, A. I., Murteiro, A. M., Gato, A. P., Prata, A. P., Pires, A., Resende, A., Spínola, A., Dias, A., Nogueira, A., Fernandes, C. S., Subtil, C., Vitor, C., Ferré-Grau, C., Andrade, C., ... Charepe, Z. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à realização* (3ª ed). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gualda, D. M. R., & Hoga, L. A. K. (1992). Estudo sobre teoria transcultural de leininger. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 26(1), 75–86.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família Teoria, Prática e Investigação*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2021). *Dados Populacionais*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008259&contexto=pi&selTab=tab0
- Joanna Brigs Institute. (2020). *JB I Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.).
- Martins, M. M., & Ribeiro, O. (2023). Famílias e envelhecimento. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 200–203).
- Mattos, S. M., Cestari, V. R. F., & Moreira, T. M. M. (2023). Protocolo de revisão de escopo: aperfeiçoamento do guia PRISMA-ScR. *Revista de Enfermagem Da UFPI (REUFPI)*, 12(1), 12. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3062>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). *Leininger'S Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice, Fourth Edition* (M.-H. E.- EUROPE, Ed.).
- Meleis, A. (2006). Transition Theory. In *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 416–433). Mosby Elsevier.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, R., & Amorim, K. (2022). O idadismo no contexto do trabalho da Estratégia Saúde da Família: projeção de saberes ao tetragrama dialógico de Morin. *Interface (Botucatu)*, 26(1), 1–17.
- Moorhouse, M. F., & Doenges, M. E. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem - Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico* (5ª ed). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Morsch, P., & Veja, E. (2023). O combate ao idadismo no marco da década do envelhecimento saudável. *Oikos: Família e Sociedade Em Debate*, v. 34(2), 01–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.31423/oikos.v34i2.15225>
- Murteiro, A. M., & Figueiredo, M. H. (2023). A conversação enquanto processo de organização de narrativas pessoais e sociais. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 422–427). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 428/2018, 2ª série*(N.º 135 de 16-07-2018), Art. 428/2018 de 16 de julho.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Saúde 21 - Saúde para todos no século XXI de OMS* (Lusodidacta, Ed.).
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. *Organização Pan-Americana Da Saúde*, 1–29.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Relatório mundial sobre o idadismo. In *Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)*. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
- Palmore, E. (2001). The Ageism Survey: First findings. *Gerontologist*, 41(5), 572–575. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.572>
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2nd ed.). Springer Publishing Company, Inc.
- Patient, D., Esteves, C. S., Vauclair, C.-M., Schmitz, S., & Rosa, M. (2024). *Compreender o idadismo no local de trabalho*.
- Pereira, A. M. C. dos S. (2021). *O Olhar da Inocência : A Percepção do Ciclo da Vida e do Envelhecimento , segundo as Crianças O Olhar da Inocência : A Percepção do Ciclo da Vida e do Envelhecimento , segundo as Crianças*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família - Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1(39), 195–216.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. série II*(N.º 26 de 06-02-2019), 4744–4750.
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. 2ª série*(N.º 184 de 25-09-2019), 128–155.
- Santiago, C., Reis, A., Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Exclusão social: minorias étnicas, migração e pobreza. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 329–338).
- Santo, P. M., & Istoé, S. E. (2022). Empowerment x capacitação: Quando o líder empodera sua equipe. *Acta Scientia Academicus: Revista Interdisciplinar De Trabalhos De Conclusão De Curso*, 4(1–14).
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015a). Afaf Meleis. In *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* (Vol. 49, Issue 49, pp. 153–171).
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015b). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(49), 153–171.
- 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.
- Silva, M. M. da, Kraus, T., & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 152–158). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Silva, R., Carvalho, A., Pinho, N., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação Em Enfermagem, November*, 35–34.
- Sistema Nacional de Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade - Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30026/3110371/Pages/default.aspx>
- Sousa, V. N., Rodrigues, G. C., Gomes, L. E. M., Silva, D. L. da, Masson, V. A., & Rossignolo, S. C. de O. (2024). A teoria de Madeleine Leininger aplicada ao acolhimento de enfermagem para atenção primária: uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, 4(2), e6818. <https://doi.org/https://doi.org/10.56083/RCV4N12-036>

- Souza, J. M. de, Tholl, A. D., Córdova, F. P., Heidemann, I. T. S. B., Boehs, A. E., Gonçalves, R., & Nitschke. (2014). Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Temas Livres, Ciênc. Saúde Coletiva*, 19(7), 2265–2276.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>
- Teixeira, M. (2023). Famílias com filhos adultos. In *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 178–181).
- thischairrocks.com. (n.d.). *"Who me, ageist?" - How to start a consciousness-raising group*. Retrieved January 12, 2024, from <https://thischairrocks.com/wp-content/uploads/2016/02/ConsciousnessRaisingBooklet.pdf>
- Unidade de Saúde onde decorreu o estágio. (2021). *Manual de Acolhimento para profissionais de saúde, internos de MGF, alunos de medicina, de enfermagem e secretariado clínico. ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Ministério da Saúde*.
- Walsh, F. (2018). Diversidade e complexidade nas famílias do século XXI. In M. Favaretto (Ed.), *Processos normativos da família: diversidade e complexidade* (4ª edição, pp. 375–398). Artmed Editora Ltda.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). How to Do a 15-Minute (or Shorter) Family Interview. In *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (5th ed., pp. 245–260). F. A. Davis Company.