



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar

Rita Joana Paiva Marques dos Santos

Coimbra, outubro de 2025



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE FAMILIAR**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar

Rita Joana Paiva Marques dos Santos

Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva, Professor Coordenador, Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

Coimbra, outubro de 2025

AGRADECIMENTOS

No final deste percurso acadêmico repleto de contributos, partilhas e muitos desafios é fundamental agradecer:

Ao Professor Doutor Armando Silva, orientador, pela disponibilidade, apoio e orientação ao longo de todo o percurso

À enfermeira orientadora e à equipa da Unidade de Saúde Familiar, pela forma como me acolheram, pela partilha de saberes e experiências, e pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o estágio

A todas as famílias que aceitaram participar no estudo de investigação, pela disponibilidade, cooperação e confiança na partilha das suas vivências

Às colegas do Curso de Mestrado, pelos momentos de partilha, entreajuda e companheirismo; um agradecimento especial à minha Clara Maria, que foi determinante para a concretização desta etapa

Ao meu marido e ao meu filho, pela paciência, pelo incentivo para nunca desistir e, sobretudo, pelo amor e carinho que sempre me dedicaram. Foram o meu porto seguro nos momentos de maior exigência e a minha maior motivação

À minha família, pelo exemplo de determinação, valores e resiliência que sempre me transmitiram e que estiveram na base de todo o meu percurso pessoal e profissional

RESUMO

Enquadramento: As famílias com filhos em idade pré-escolar atravessam uma das etapas mais significativas do ciclo vital familiar, marcada por profundas transformações estruturais, relacionais e funcionais. Esta fase, representa um período de adaptação às novas exigências parentais, em que os pais consolidam o seu papel educativo e se ajustam às crescentes necessidades de autonomia e socialização dos filhos. O funcionamento familiar tende a reorganizar-se, o que exige níveis adequados de coesão, flexibilidade e comunicação entre os membros da família. A enfermagem de saúde familiar tem um papel preponderante na avaliação e intervenção familiar.

Objetivos: Descrever criticamente as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; desenvolver estudo de investigação intitulado “Coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar” que tem como objetivos caracterizar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar e analisar a influência dos fatores sociodemográficos na mesma.

Metodologia: Na componente clínica foi aplicado o processo de enfermagem com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar às famílias da lista da enfermeira tutora. Na componente de investigação desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo relacional e transversal. A amostra foi constituída por 22 famílias, com filhos com idade pré-escolar que responderam a um questionário composto por perguntas de caracterização sociodemográfica e a escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV.

Resultados: Os resultados evidenciam que as famílias da amostra apresentam níveis equilibrados de coesão ($M=30,59$) e flexibilidade ($M=29,82$), assim como na comunicação ($M=44,40$) e na satisfação ($M=39,14$), que traduz um funcionamento familiar saudável. A amostra é constituída maioritariamente por famílias nucleares (86,4%) e 90,9% das famílias são casadas ou vivem em união de facto. Verifica-se que as variáveis, estado civil, nível escolaridade da mãe, rendimentos, número de filhos e de elementos do agregado familiar, posição na fratria com as várias dimensões da escala, apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$).

Conclusão: A componente clínica permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. A componente de investigação possibilitou aprofundar o conhecimento sobre as famílias com filhos em idade pré-escolar, através da avaliação da coesão e flexibilidade das mesmas, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados na área de enfermagem de saúde familiar.

Palavras-chave: Família, Enfermagem Familiar, Coesão, Flexibilidade

ABSTRACT

Context: Families with preschool-aged children go through one of the most significant stages of the family life cycle, marked by profound structural, relational, and functional transformations. This phase represents a period of adaptation to new parental demands, during which parents consolidate their educational role and adjust to their children's growing needs for autonomy and socialization. Family functioning tends to reorganize, which requires adequate levels of cohesion, flexibility, and communication among family members. Family Health Nursing plays a key role in family assessment and intervention.

Objectives: To critically describe the activities carried out to develop the competencies of Family Health Nursing Specialists; to develop a research study entitled "Cohesion and Adaptability of Families with Preschoolers," which aims to characterize the cohesion and flexibility of families with preschoolers and analyze the influence of sociodemographic factors on these.

Methodology: The clinical component applied the nursing process based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention to the families on the nurse tutor's list. The research component involved a quantitative, descriptive, relational, and cross-sectional study. The sample consisted of 22 families with preschool-aged children who completed a questionnaire consisting of sociodemographic questions and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV.

Results: The results show that the families in the sample exhibit balanced levels of cohesion ($M=30.59$) and flexibility ($M=29.82$), as well as communication ($M=44.40$) and satisfaction ($M=39.14$), reflecting healthy family functioning. The sample consisted primarily of nuclear families (86.4%), and 90.9% of the families were married or in a stable union. The variables marital status, mother's education level, income, number of children and household members, position in the family, differed significantly from the various dimensions of the scale ($p<0.05$).

Conclusion: The clinical component enabled the development of common and specific skills for family health nurses. The research component allowed for a deeper understanding of families with preschool-age children by assessing their cohesion and flexibility, contributing to improved care in family health nursing.

Keywords: Family, Family Nursing, Cohesion, Flexibility

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APGAR - Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve

ARS - Administração Regional da Saúde

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

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-lei

DM - Diabetes Mellitus

DP - Desvio Padrão

EE - Enfermeiro Especialista

EEECAESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ERA - Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento à Reforma

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

HTA - Hipertensão Arterial

ICPC - International Classification of Primary Care

IDG - Índice de Desempenho Global

IDS - Índice de Desempenho Setorial

INE - Instituto Nacional de Estatística

M - Média

Md - Mediana

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

NOP - Número Operacional de Utente

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PF - Planeamento Familiar

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RI - Regulamento Interno

RNCC - Rede Nacional de Cuidados Continuados

RNU - Registo Nacional de Utentes

RO - Rastreio Oncológico

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SM - Saúde Materna

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - IBM Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

UP - Unidades Ponderadas

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Indicadores e desempenho da USF.....	20
Figura 2. Pirâmide etária de utentes inscritos na USF	22
Figura 3. Grupos etários e problemas de saúde dos utentes Inscritos na USF	23
Figura 4. Pirâmide etária e problemas de saúde dos utentes inscritos na equipa nuclear	26
Figura 5. Grelha de cotação da FACES IV	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Utentes inscritos nos diferentes programas de vigilância da equipa nuclear.....	26
Tabela 2. Caracterização do tipo e número de famílias inscritos na equipa nuclear	29
Tabela 3. Caracterização das famílias nucleares segundo o Ciclo de Duvall, da equipa nuclear	31
Tabela 4. Caracterização das crianças em idade pré-escolar inscritas na equipa nuclear	32
Tabela 5. Consistência interna das dimensões da FACES IV no estudo (Alfa de Cronbach)	52
Tabela 6. Características sociodemográficas da amostra/variáveis qualitativas nominais	56
Tabela 7. Distribuição da amostra (N=22) segundo idade dos pais, n.º pessoas do agregado e n.º de filhos/ Variáveis contínuas	57
Tabela 8. Distribuição da amostra (N=22) segundo idade da criança	57
Tabela 9. Distribuição da amostra (N=22) segundo o sexo da criança e posição na fratria	58
Tabela 10. Caracterização do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade pré-escolar por subescala da FACES IV (N=22)	59
Tabela 11. Caracterização da amostra segundo os níveis das subescalas coesão e flexibilidade da FACES IV	60
Tabela 12. Distribuição do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade pré-escolar por rácios da FACES IV	60
Tabela 13. Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do respondente do questionário.....	61
Tabela 14. Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e a idade dos pais.....	62
Tabela 15. Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do nível de escolaridade da mãe	63
Tabela 16. Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do nível de escolaridade do pai.....	64
Tabela 17. Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do estado civil dos pais	65

Tabela 18. Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do tipo de família	66
Tabela 19. Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e o número de filhos .	67
Tabela 20. Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e o número de elementos que constituem o agregado familiar	67
Tabela 21. Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias	68
Tabela 22. Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e a idade da criança .	69
Tabela 23. Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do sexo da criança	70
Tabela 24. Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função da posição na fratria.....	71

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA.....	16
1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE UMA EQUIPA NUCLEAR	23
2. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	39
1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	39
2. METODOLOGIA	44
2.1. TIPO DO ESTUDO	44
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	44
2.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	45
2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	45
2.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	45
2.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	47
2.7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	52
2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	53
2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	54
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	55
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	61
3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	79

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados

Anexo 2 - Tabelas de Conversão escala FACES IV

APÊNDICES

Apêndice 1 - Autorização da autora para utilização da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar - FACES IV

Apêndice 2 - Autorização do Coordenador da USF para realização do estudo

Apêndice 3 - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Apêndice 4 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

Apêndice 5 - Consentimento Informado apresentado aos participantes

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), no ano letivo de 2023/2024.

Esta Unidade Curricular permitiu a realização de um estágio, numa Unidade Saúde Familiar (USF) da região centro do país, pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra. O estágio foi realizado em dois períodos distintos, o primeiro decorreu de 24 de abril a 8 de julho de 2023, com a duração total de 405 horas, distribuídas por 229 horas de trabalho autónomo e 176 horas de estágio, e o segundo de setembro de 2023 a fevereiro de 2024 com uma carga horária de 810h, distribuídas por 258h de trabalho autónomo e 552 horas de estágio, sendo o relatório apresentado transversal aos dois períodos de prática clínica.

Os objetivos deste trabalho são descrever criticamente as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF) e desenvolver um estudo de investigação.

A realização de estágio em contexto profissional e a elaboração do respetivo relatório final permite a consecução dos objetivos de aprendizagem, a consolidação de conhecimentos e a aquisição e o aprimoramento das competências exigidas aos enfermeiros especialistas (Ordem Enfermeiros (OE), 2021).

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, serviram de guia orientador, os Regulamentos da OE onde constam as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) – n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) – e as Competências Específicas do EEECAESF – n. 428/2018 de 16 de julho (2018). Também como forma de sustentação das atividades desenvolvidas, foi utilizada a consulta e análise de documentos da USF e obtidas informações da equipa, nomeadamente com a Enfermeira Tutora Cooperante e a pesquisa em bases de dados e plataformas de informação: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), SClínico, orientações políticas nacionais e internacionais, orientações da OE, pesquisas em bases de dados científicas e referenciais teóricos.

No que diz respeito à componente de investigação, foi desenvolvido o estudo intitulado “Coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar, cujos objetivos foram caracterizar a

coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar e analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar. Com este estudo de carácter descritivo-correlacional, transversal, com análise quantitativa dos dados, pretende-se dar resposta a questão de investigação “*Qual a influência dos fatores sociodemográficos na coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar*” e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias.

As transformações nos padrões familiares ocorridas no mundo ocidental caracterizadas de entre outras, pela diversidade do tipo de famílias, implica uma reorganização na prestação de cuidados de saúde face às novas realidades familiares. De acordo com Figueiredo (2009), a família mantém-se como unidade emocional e afetiva, sendo crucial considerar a interdependência entre a saúde da família enquanto sistema funcional e a saúde dos seus membros individualmente. Nesta perspetiva, os cuidados de saúde serão mais eficazes quanto maior o foco de atenção no sistema familiar como alvo e unidade de cuidados (Guidens, 2008).

A família caracteriza-se pelas inter-relações entre os seus membros, bem como, pelas suas características específicas de organização, estrutura e funcionalidade. Assim, o enfermeiro deve entender a família como um sistema, ou seja, como uma unidade onde ocorrem mudanças e adaptações ao longo do seu ciclo vital (Hanson, 2005).

Desta forma, Barbieri-Figueiredo (2011) define enfermagem de família como uma área disciplinar da enfermagem, com um corpo de conhecimento específico que tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), tendo em conta as competências definidas no Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, deve cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e transições, nos diferentes níveis de prevenção.

Deste modo, os cuidados devem centrar-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, tendo como finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Para uma melhor compreensão do presente relatório, o mesmo encontra-se estruturalmente organizado em dois capítulos principais de modo a garantir uma apresentação clara e sistematizada do percurso formativo desenvolvido. No primeiro capítulo, referente à componente clínica, é caracterizado o contexto clínico da USF, englobando o seu desempenho assistencial e

a caracterização familiar de um ficheiro, seguindo-se uma análise reflexiva sobre a prática clínica e o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESF. O segundo capítulo diz respeito à componente de investigação contemplando a justificação e enquadramento da temática, a descrição dos procedimentos metodológicos e a apresentação e discussão de resultados. No final apresenta-se a conclusão onde se explanam os aspetos principais inerentes ao desenvolvimento da componente clínica e do estudo empírico, bem como, as limitações identificadas e possíveis sugestões.

A elaboração deste trabalho seguiu as linhas orientadoras do Guia Orientador do Estágio com Relatório (2023), obedecendo às normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (2024) e do Guia Para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas (2024) da ESEnfC.

CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, com o objetivo de garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde; o Estado passa a garantir a proteção à saúde e o acesso a cuidados, tanto de promoção da saúde e prevenção da doença, como nos cuidados curativos. Nos anos 90, é criada a Lei de Bases da Saúde (DL n.º 48/90 de 24 de agosto, 1990), seguindo-se a aprovação dos estatutos do SNS e a criação das Administrações Regionais da Saúde (ARS).

De acordo com Biscaia e Heleno (2017), em 2005, iniciou-se a última reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que em resumo, consistiu em: – Constituição de USF; – Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); – Introdução de novo modelo de gestão; – Instituição de governação clínica; – Reorganização dos serviços de suporte e desativação das Sub-Regiões de Saúde. O SNS compreendia 5 regiões de saúde, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo cada uma delas administradas a nível regional pelo conselho de administração das respetivas ARS, sob a superintendência e tutela do estado. Em 2008, assistiu-se a mais um passo importante na reforma dos CSP, com a criação dos ACES do SNS, através do DL n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (2008). O objetivo consistiu em dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde. Segundo referido no DL, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde (CS), e têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as USF, as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES.

A mais recente reforma do SNS, iniciada em 1 de janeiro de 2024, estendeu a nível nacional a criação das ULS. Estas unidades passam a integrar, sob uma gestão única, os centros hospitalares, hospitais, ACES e a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) de cada área geográfica (DL n.º 102/2023 de 7 de novembro, 2023).

Esta reorganização tem como finalidade promover uma maior articulação entre as equipas multiprofissionais, ao longo dos vários níveis de cuidados, assegurando a continuidade dos percursos assistenciais e promovendo uma maior autonomia de gestão, possibilitando a participação dos cidadãos, das comunidades e dos municípios, maximizando o acesso e a eficiência do SNS. As ULS constituem, deste modo, uma resposta organizativa orientada para as necessidades reais da população, possibilitando uma prestação de cuidados integrados entre a esfera primária e hospitalar e fortalecendo a proximidade e a continuidade assistencial proporcionada pelos CSP (DL n.º 102/2023, de 7 de novembro, 2023).

No âmbito da melhoria do acesso aos cuidados de saúde, particularmente ao nível dos CSP, esta reestruturação levou à generalização das USF, para o Modelo B (com índice desempenho adequado), e manutenção das UCSP, extinguindo as USF, modelo A. Esta medida representa um avanço significativo na reforma dos CSP do SNS, contribuindo para a prestação de cuidados mais atempados, eficientes e de qualidade à população, orientados para a obtenção de melhores indicadores de desempenho e consequentes ganhos em saúde (DL n.º 103/2023, de 7 de novembro, 2023).

As USF, encontram-se agora integradas em ULS, constituindo para estas um instrumento de gestão, pelo modelo da prestação de cuidados que praticam que privilegia a resposta aos utentes e são reguladas por legislação específica (DL n.º 103/2023, 2023).

A prática clínica decorreu na extensão de uma USF, inserida num CS, o qual é constituído por outras unidades funcionais, nomeadamente, mais duas USF, uma UCC e URAP, que cooperam entre si e com as demais unidades funcionais do ACES, funcionando todas, com exceção da USF onde decorreu o estágio, na sede do CS, com espaços partilhados entre si, nomeadamente, refeitório/bar, sala de reuniões e biblioteca (Regulamento Interno (RI) da USF, 2022).

A UCC constitui-se como uma equipa que presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, com dependência física e funcional, ou com doença que requeira acompanhamento próximo. A URAP presta serviços de consultoria e assistência às unidades funcionais, bem como organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Melo, 2021).

As USF asseguram a prestação de cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, sendo que garantem a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados (DL n.º 73/2017 de 21 de junho, 2017).

A USF iniciou a sua atividade em 30 de dezembro de 2016, e é constituída por oito médicos, oito enfermeiros e quatro assistentes técnicos, constituindo uma equipa multiprofissional de vinte elementos, todos com origem numa adesão voluntária, que se subdividem em equipas de saúde familiar (médico, enfermeiro e assistente técnico). A estrutura organizacional da unidade é composta por órgãos principais e por grupos de trabalho. Os órgãos principais têm como função definir estratégias de desenvolvimento e, planear as atividades da unidade. São compostos pelo coordenador (nomeado e aprovado por maioria de dois terços do conselho geral), pelo conselho geral (onde se incluem os vinte elementos da equipa multiprofissional) e pelo conselho técnico (constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico). Os grupos de trabalho são constituídos por equipas multidisciplinares nucleares que desenvolvem atividades específicas, tendo em conta o grau de formação e os perfis pessoal e profissional de cada elemento. A referida forma de organização define a divisão de atividades por profissionais, não descurando o trabalho em equipa, contribuindo para níveis de desempenho superiores. Estes órgãos e grupos estão explicitados nos documentos com os nomes dos profissionais que os representam (RI da USF, 2022).

Cada USF apresenta uma missão, visão e valores partilhados por todos os elementos da equipa que a compõem. Estas informações encontram-se disponíveis na plataforma do BI-CSP a qualquer cidadão, utente das unidades ou não. No caso da USF onde decorreu o estágio, são facultados outros documentos como o RI, a Carta de Qualidade, o Manual de Articulação com o ACES e o Relatório de Atividades, garantindo a transparência na gestão da unidade, assim como do desempenho assistencial da mesma.

A Carta de Qualidade da USF (2018) é o documento onde é explicitada a declaração de compromisso da unidade para com os seus utentes, onde é apresentado de forma mais sucinta (o que é descrito nos outros documentos como RI e manual de articulação) a sua missão e objetivos, transparecendo a formação contínua, desenvolvimento e organização com dedicação e empenho no cumprimento dos objetivos e, conseqüente melhoria na qualidade assistencial e organizativa. O ensino pré e pós-graduado é uma característica fundamental desde o nascimento da USF, no sentido de desenvolver cuidados cada vez mais personalizados e de excelência e está citado na carta.

Como visão a unidade pretende ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação dos utentes e dos profissionais e

orienta a sua atividade pelos princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (RI da USF, 2022).

O CS e, a USF em particular, apresentam bons acessos rodoviários, possuindo parque de estacionamento gratuito (na sede e extensão) e, nas suas imediações existem outras áreas de estacionamento. No que se refere aos transportes públicos, existem os Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos, os autocarros de transportes públicos e Táxis (Manual de Acolhimento da USF, 2022).

O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 20h, em dias úteis, e na extensão das 08:30h às 13h e das 14h às 16:30h de segunda a quarta-feira e de quinta a sexta-feira das 08:30h às 13h. Os utentes podem realizar marcação de consultas médicas e de enfermagem de forma presencial ou não presencial, por telefone, eAgenda ou correio eletrónico. A marcação pode ser efetuada pelo próprio utente, por um familiar ou cuidador, ou pela equipa multidisciplinar de saúde (RI da USF, 2022).

A USF apresenta um modelo organizacional de modelo A que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, sendo uma unidade do setor público com regras e remunerações definidas pela Administração Pública (Biscaia & Heleno, 2017).

A contratualização é um procedimento que contribui para a melhoria organizacional e relacional dos intervenientes e consequente melhoria contínua das Unidades Funcionais, originando ganhos em saúde. Esta contratualização determina numa negociação entre as partes, com partilha de responsabilidades de forma clara e efetiva, que para além de uma conjugação de interesses entre a administração e os profissionais de saúde, esteja orientado para resultados em saúde e satisfação dos cidadãos. Esta deve ser baseada e orientada segundo o Plano Nacional de Saúde, os Planos Regionais de Saúde, os Planos Locais de Saúde e, ao nível das Unidades Funcionais, pelos respetivos Planos de Ação.

Nas USF existe um compromisso assistencial principal, denominado de “carteira básica de serviços”, igual em tipo e qualidade de serviços, contratualizados com o ACES/ARS, anualmente. Além da “carteira básica de serviços”, estas unidades têm a possibilidade de contratualizar uma “carteira adicional de serviços”, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas que se pode traduzir em incentivos institucionais, a reverter para investir na USF (Biscaia & Heleno, 2017).

A contratualização com os CSP é assim uma ferramenta assumida pelos profissionais de saúde deste nível de prestação de cuidados, representando um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades. Tem como foco os resultados de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como o desempenho das organizações nas suas diferentes áreas e dimensões. A contratualização interna (entre os ACES e as USF, com o Plano de Ação e a Carta de Compromisso) é operacionalizada com base numa matriz multidimensional das unidades, e tem como referência o Índice de Desempenho Global (IDG), que se pretende que seja melhorado continuamente. Na matriz multidimensional definem-se diferentes áreas, subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados, sendo que os indicadores utilizados no processo de contratualização constam na matriz dos indicadores dos CSP. Assim, a avaliação das USF, contempla as dimensões da matriz multidimensional, nomeadamente as áreas de Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica (Relatório de Atividades da USF, 2018).

Segundo dados obtidos no BI-CSP (2023) (dados referentes a dezembro de 2022, pois existem indicadores que são avaliados apenas semestralmente), a USF obteve um IDG de 75,60, que é um valor próximo da média das USF do ACES (Figura 1).

Figura 1

Indicadores e desempenho da USF

Informações

IDG UF

VISÃO INDICADORES

Ano Contratual

2022

Mês

2022-12

ARS

Tudo

ACES

Tudo

Tipo Unidade

Tudo

Nome Unidade

?

Ajuda Exclução Indicadores

Cálculo IDG Unidade ?

N

S

Nº Indicadores

112

Nº Dimensões

23

Valor IDG

75,60

Valor IDG IPDA

75,60

Área

Valor IDG

Valor IDG IPDA

Desempenho Assistencial

64,80

64,80

Acesso

78,10

Cobertura ou Utilização

41,70

Consulta no Próprio Dia

83,10

Distribuição das Consultas Presenciais no Dia

0,00

Personalização

100,00

Tempos Máximos de Resposta Garantidos

100,00

Gestão da Doença

65,50

Diabetes Mellitus

54,70

Doenças Aparelho Respiratório

84,10

Hipertensão Arterial

23,10

Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças

100,00

Gestão da Saúde

63,00

Saúde da Mulher

56,30

Saúde do Adulto

57,50

Saúde do Idoso

51,60

Cód. Indicador

Designação Indicador (nºB)

tipo

Excluído

IDG

Mês Inv.

Máx. Acet.

Mín. Esper.

Máx. Esper.

Máx. Acet.

Resultado

Score

2013.001.01 FL

1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF

FL

S

202212

75,00

78,00

90,00

92,00

78,94346

5,590

2013.002.01 FL

2 - Taxa de utilização global de consultas médicas

FL

N

202212

66,00

73,50

85,00

90,00

72,29202

3,678

2013.003.01 FL

3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos

FL

S

202212

12,00

18,00

35,00

40,00

8,97066

0,400

2013.005.01 FL

5 - Proporção de consultas realizadas pelo UF

FL

S

202212

65,00

70,00

88,00

92,00

71,05090

3,000

2013.006.01 FL

6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos

FL

S

202212

75,00

88,00

100,00

100,00

85,41162

1,602

2013.008.01 FL

8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd/enf.)

FL

S

202212

38,00

60,00

100,00

100,00

42,70627

0,428

2013.009.01 FL

9 - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.)

FL

N

202212

25,00

42,00

75,00

80,00

32,60660

0,891

2013.010.01 FL

10 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd.)

FL

N

202212

25,00

45,00

55,00

55,00

31,81301

0,661

2013.011.01 FL

11 - Proporção grávid. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.

FL

S

202212

85,00

91,00

100,00

100,00

92,00000

3,560

2013.014.01 FL

14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 20 dias vida

FL

N

202212

90,00

96,50

100,00

100,00

97,53067

2,000

2013.015.01 FL

15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida

FL

N

202212

10,00

50,00

100,00

100,00

10,25641

0,011

2013.016.01 FL

16 - Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano

FL

N

202212

50,00

89,00

100,00

100,00

84,28571

1,758

2013.017.01 FL

17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano

FL

N

202212

60,00

87,00

100,00

100,00

88,96553

0,664

2013.018.01 FL

18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)

FL

S

202212

65,00

80,00

100,00

100,00

71,68504

0,891

Detalhe Motivo Exclusão (Selecione o Coluna da Exclusão na linha do Indicador)

Desempenho

USAF

USP

UF - IDG - Indicadores

Gerador UF - USCP

Gerador UG

Unidades Hospitalares

Página 1/1

Fonte: BI-CSP, acedido em abril de 2023

Nos casos de USF com valores de IDG inferiores a 50, podem ser alvo de acompanhamento e monitorização por parte do respetivo ACES e Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento à Reforma (ERA). São consideradas quatro áreas do Índice de Desempenho Setorial (IDS) para cálculo do valor do IDG: a área do *Desempenho Assistencial* que no caso da USF apresenta um valor de 64,80 (que inclui a subárea do Acesso no valor de 78,10, da Qualidade da Prescrição com um valor de 52,50, da Gestão da Doença que apresenta um valor de 65,50 e, da Gestão da Saúde que tem um valor de 63,00); a área da *Formação Profissional* que engloba a subárea formação interna em que o valor apresentado é 100; a área da *Qualidade Organizacional* com um valor de 78,40, que engloba a subárea Melhoria Contínua da Qualidade com um valor de 100, da Centralidade no Cidadão com 85,00 e a Segurança com 53,50; a área de *Serviços* que inclui a subárea Serviços de Carácter Assistencial e a subárea Serviços de Carácter não Assistencial, em que ambos possuem o valor 100. Assim, verifica-se que nas áreas de serviços e formação profissional, os indicadores foram atingidos na sua totalidade.

Neste momento a equipa, tendo em conta o IDG e os indicadores, encontra-se em processo de candidatura a modelo B. As USF de modelo B assentam num modelo de incentivos monetários que visa potenciar as aptidões e competências de cada profissional, premiando o desempenho individual e coletivo, com o objetivo de reforçar a eficácia, a eficiência e a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários (Biscaia & Heleno, 2017).

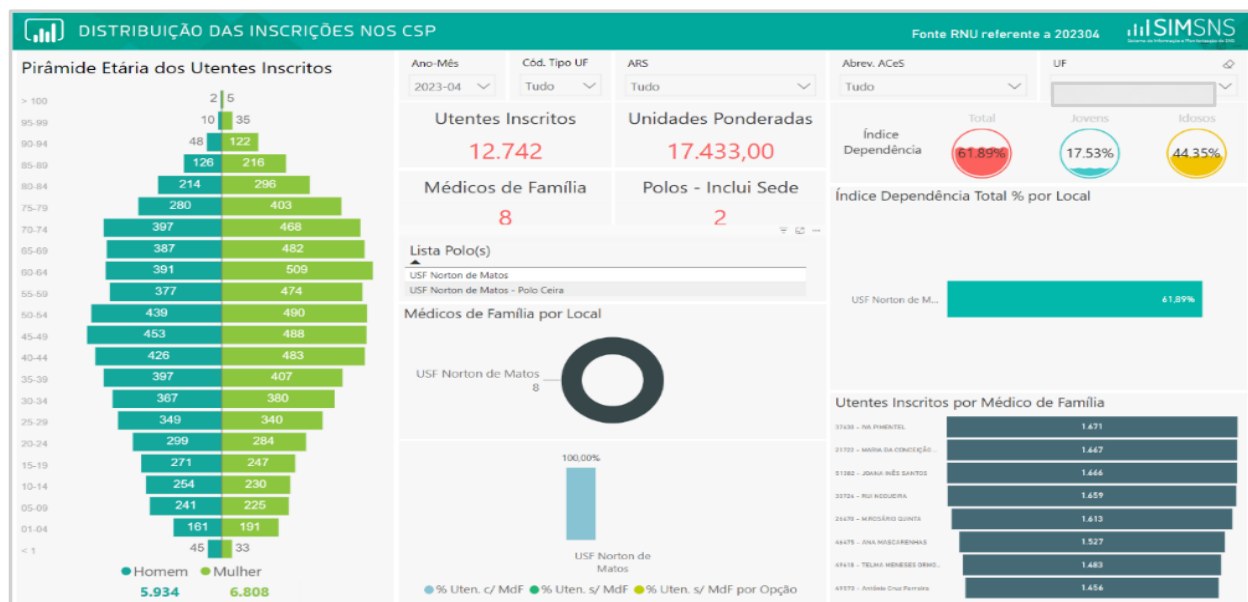
De acordo com o Registo Nacional de Utentes (RNU) e a caracterização demográfica disponibilizada no BI-CSP (2023), a USF tem uma população inscrita de 12.742 utentes, correspondente a 17.433 Unidades Ponderadas (UP). O conceito de UP proveniente do DL n.º 298/2007, de 22 de agosto (2007), cujo único critério de determinação é a idade dos utentes, aplica o fator de ponderação 1,5 para crianças dos 0 aos 6 anos, o fator de ponderação 2 para adultos e idosos entre os 65 e os 74 anos, e o fator de ponderação 2,5 para idosos com idade igual ou superior a 75 anos.

Segundo a análise dos dados no BI-CSP (2023), e respetiva pirâmide etária, trata-se de uma população envelhecida (44,35% da população inscrita é idosa), com uma base estreita que significa uma baixa taxa de natalidade, e o topo mais largo, significativo de uma elevada proporção de idosos em resultado da menor mortalidade e elevada esperança de vida, que se deve a uma melhoria das condições de vida da população, da assistência médica, alimentação e higiene (em Portugal a esperança média de vida é de 80,96 anos: 78,05 anos para os homens e 83,52 anos para as mulheres, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021).

A pirâmide da figura 2 evidencia assim um duplo envelhecimento: envelhecimento pela base (devido à diminuição da população jovem) e envelhecimento pelo topo (em resultado do aumento da proporção de idosos).

Figura 2

Pirâmide etária de utentes inscritos na USF



Fonte: BI-CSP, acedido em abril de 2023

Segundo a análise da pirâmide podemos aferir que, as mulheres correspondem a 53,43% da população e os homens a 46,57%.

Em relação aos índices de dependência verifica-se que o índice de dependência total, que estabelece a relação entre a população jovem (0-14 anos) e idosa (≥ 65 anos), "população dependente e a população em idade ativa" é de 61,89% e o índice de dependência de jovens é de 17,53%.

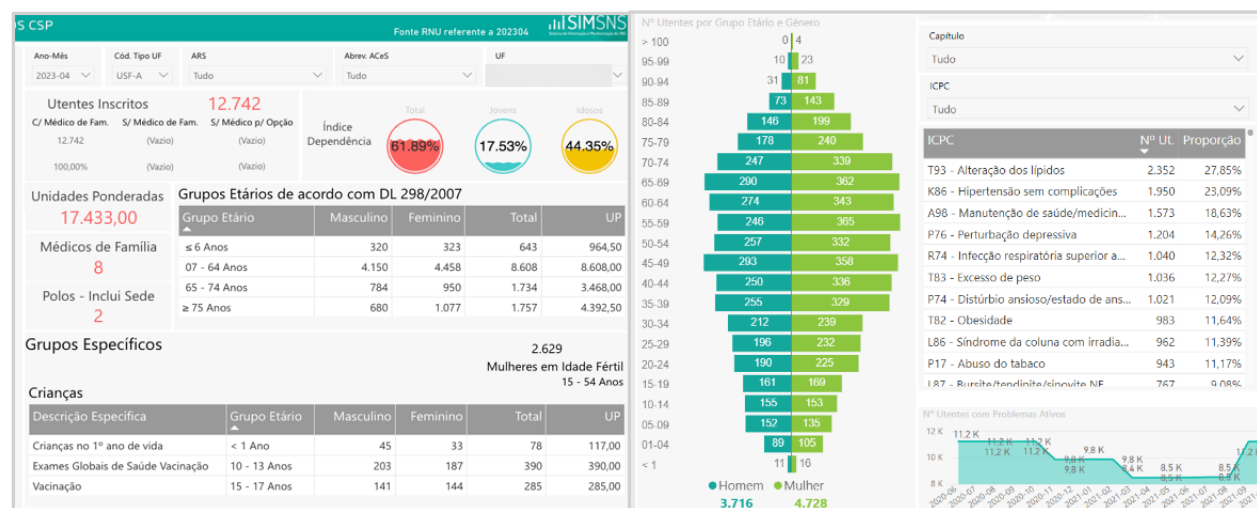
Como se evidencia na Figura 3, aproximadamente 67,56% da população são os utentes com idades entre os 7 e os 64 anos, portanto em idade ativa, e de seguida os idosos com 65 ou mais anos (27,40%). Estes factos implicam da USF uma resposta acrescida na resposta às necessidades da população nomeadamente a disponibilização de consultas programadas e de vigilância dos programas nacionais de saúde: infantil e juvenil, rastreio de doença oncológica,

saúde da mulher (planeamento familiar e saúde materna), diabetes e hipertensão, assim como uma organização de horários para as mesmas em horário pós-laboral.

No que respeita aos problemas de saúde da USF, e de acordo com a International Classification of Primary Care (ICPC), a maioria da população inscrita é frequentadora uma vez que 87,92% da população inscrita na unidade apresenta pelo menos um problema de saúde ativo, o que traduz ser uma população frequentadora com resposta efetiva do serviço. Dos problemas descritos, a alteração dos lípidos (27,85%), a hipertensão arterial (HTA) sem complicações (23,09%) e a perturbação depressiva (14,26%), são os problemas ativos com mais prevalência (BI-CSP, 2023).

Figura 3

Grupos etários e problemas de saúde dos Utentes Inscritos na USF



Fonte: BI-CSP, acedido em abril de 2023

1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DE UMA EQUIPA NUCLEAR

As famílias são constituídas por grupos de indivíduos unidos por laços afetivos significativos e por um forte sentido de pertença, nos quais as interações entre os seus membros exercem influência mútua, moldando atitudes, objetivos e a perceção de saúde. Cada elemento familiar apresenta experiências biopsicossociais, espirituais e culturais próprias, que conferem singularidade à forma como a família vivencia os processos de saúde e doença. A comunicação, tanto verbal como não verbal, assume um papel central, enquanto o património cultural e histórico representa uma dimensão essencial da identidade e do bem-estar familiar. Deste modo, cada

família constrói uma visão própria acerca da saúde, influenciada pelo seu contexto e pelas experiências vividas (OE, 2015).

É reconhecido que a família representa o alicerce fundamental no desenvolvimento da criança, pois é no seio familiar que esta aprende, constrói a sua identidade, adquire competências de socialização e recebe os cuidados indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento saudável (OE, 2010). Ao nascer, a criança herda a história da sua família e ocupa um lugar específico dentro dela, recebendo um conjunto de referências identificadoras, que serão determinantes para o seu processo de desenvolvimento (Serra, 2016).

De acordo com Pina, Mello e Lunardelo (2008), o crescimento e desenvolvimento infantil são processos influenciados por múltiplos fatores, sendo a família o seu contexto central. Através da transmissão de valores, crenças, expectativas e padrões de comportamento, a família exerce um papel determinante no desenvolvimento da criança (Lopes & Ferreira, 2015). Para que este processo decorra de forma saudável, é essencial que o meio em que a criança se insere proporcione condições de proteção, socialização e educação, funções que competem principalmente à família. Neste sentido, a família deve constituir-se como um espaço de vínculos afetivos e de confiança, favorecendo a construção da identidade da criança (Serra, 2016).

Independentemente da sua configuração - seja família nuclear, reconstruída, monoparental, unitária, entre outras, a família é entendida como uma unidade social e um sistema dinâmico, no qual se estabelecem interações entre os seus membros e com o meio envolvente. No seu interior coexistem diferentes subsistemas interligados, responsáveis por funções essenciais como a transmissão de afeto, a educação e a socialização (Dias, 2011).

A família é um sistema em constante desenvolvimento, permeável aos contextos em que se encontra inserida, provocando alterações ao nível funcional e estrutural (Relvas, 1996).

O ciclo vital da família compreende um conjunto de etapas de crescimento e socialização, resultantes do percurso individual de cada membro e, simultaneamente, da experiência partilhada em conjunto, configurando dinâmicas que podem influenciar o funcionamento familiar global (Dias, 2011). Esta abordagem teórica possibilita identificar a fase em que a família se encontra e analisar os processos de reorganização ocorridos nas transições entre etapas (Bello & Marra, 2020). Estudos longitudinais têm demonstrado que as famílias atravessam momentos de desequilíbrio intercalados com fases de resolução, o que condiciona a forma como os papéis familiares (pai, mãe, filhos, irmãos) são desempenhados e como se enfrentam acontecimentos marcantes, como o nascimento, a morte ou as separações (Andolfi, 2019, cit. por Bello & Marra, 2020). Entre os vários modelos de funcionamento familiar desenvolvidos, destaca-se o modelo

de Olson, amplamente estudado e aplicado na avaliação relacional (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda & Candeias, 2020).

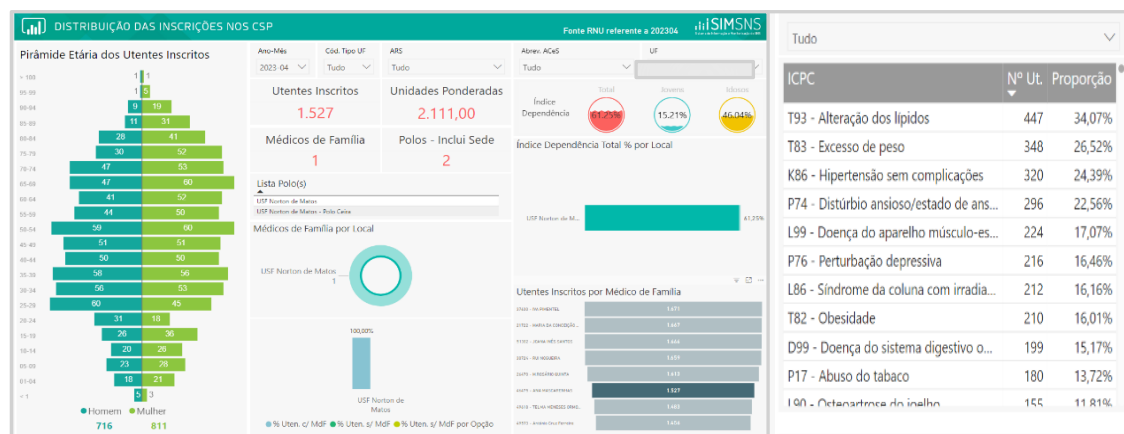
No decorrer do ensino clínico, uma vez que toda a minha experiência profissional (17 anos) é em CSP, foi decidido, por mútuo acordo com a enfermeira tutora cooperante e o professor orientador, realizar uma caracterização do ficheiro da equipa nuclear e oportunisticamente o estudo de famílias, tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), integrado no SClinico, para esse efeito. Todos os dados colhidos foram registados no SClinico, no programa de Saúde da Família e num ficheiro Excel, construído e atualizado por mim, ao longo do estágio que inclui várias características demográficas dos utentes e famílias e que pode ser continuamente atualizado pela enfermeira tutora.

Neste seguimento, como se verifica na Figura 4, e de acordo com os dados colhidos através do BI-CSP, MIM@UF e SClinico e estudo de ficheiro, conclui tratar-se de um ficheiro com 1527 utentes e 2111 UP, com uma pirâmide com características sobreponíveis às da USF na generalidade, envelhecida. Dos 1527 utentes, 53,11% são mulheres e 46,89% são homens e estes apresentam um grau de dependência global de 61,25% e de idosos de 46,04%. Trata-se de uma população ativa com 54,75% de utentes na faixa etária entre os 25-64 anos (BI-CSP, 2023).

No que respeita aos problemas de saúde no ficheiro, estes acompanham os da USF em geral, destacando-se a alteração dos lípidos (34,07%), o excesso de peso (26,52%), a HTA sem complicações (24,39%) e o distúrbio ansioso (22,56%).

Figura 4

Pirâmide Etária e problemas de saúde dos utentes inscritos na equipa nuclear



Fonte: BI-CSP, acedido em abril de 2023

Neste seguimento foi também elaborada a tabela 1, que apresenta o número de utentes com vigilância nos programas de saúde (Diabetes Mellitus (DM), HTA, Planeamento Familiar (PF), Rastreio Oncológico (RO) Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) e Saúde Materna (SM), que na sua totalidade traduz apenas 44,84% dos inscritos, o que poderia indicar ser uma população pouco frequentadora, mas após análise com a equipa concluímos que estes números não estarão atualizados, o que se deve ao facto de o ficheiro ter uma equipa recente (medica e enfermeira) e não ter sido ainda possível a convocatória de todos os inscritos com atualização do processo, onde se incluem os problemas de saúde e respetivos programas. Ainda assim, podemos perceber que os dados vão de encontro aos dados analisados através da pirâmide etária da lista de utentes da equipa nuclear e da pirâmide etária da USF, ou seja, tratar-se de uma população ativa e mais envelhecida, daí uma maior tendência para comorbilidades como é o caso da DM e HTA.

Tabela 1

Utentes inscritos nos diferentes programas de vigilância da equipa nuclear

	DM	HTA	PF	RO	SIJ	SM	Total
Inscritos	114	257	226	44	211	7	700

Fonte: SClinico, acedido em abril de 2023

O processo de caracterização do ficheiro, permitiu a caracterização das famílias inscritas a vários níveis, de acordo com a sua tipologia, etapas do ciclo vital de Duvall, em concordância com a classificação na plataforma de informação clínica em utilização na USF, SClínico dos CSP. Esta caracterização foi possível através da criação de uma base dados no programa Excel com todos os utentes do ficheiro segundo o RNU.

Ao proceder à caracterização das famílias de acordo com o Número Operacional de Utente (NOP), verificou-se a existência de elementos do agregado familiar com moradas diferentes, sugerindo a existência de dados não atualizados e consequentemente famílias com composição e classificação incorretas. Esta constatação foi pertinente e levou à confirmação e atualização destes dados ao longo da prática clínica e do estágio com a colaboração dos secretários clínicos e com a devida permissão dos utentes, promovendo uma atualização da caracterização das famílias constante.

A família é o primeiro meio no qual cada pessoa se insere. É no seu interior que se adquirem as primeiras aprendizagens, sentimentos e emoções e que se constrói a identidade pessoal, criando os nossos próprios valores e princípios. Para Figueiredo (2012), a família constitui um espaço privilegiado que fornece suporte e apoio à vida e saúde de cada um dos seus membros, representando uma unidade sistémica com funções sociais.

O ciclo vital da família implica a compreensão de uma sequência previsível de mudanças na sua organização, associadas ao cumprimento de tarefas específicas que caracterizam cada etapa. O programa informático SClínico adota as fases do ciclo vital familiar descritas por Duvall, as quais podem ser determinadas a partir de fatores como: o número de elementos da família, a idade do filho mais velho do casal, a sua posição escolar, bem como as funções e o estatuto da família antes do nascimento dos filhos e após a sua saída de casa (Martins, 2018).

As famílias na atualidade são marcadas pela existência de novas conceções de família, novas dinâmicas familiares, novos valores, novas funções e novas tipologias. O modelo tradicional de família deu lugar a novas formas de organização familiar, para as quais os fatores económicos, políticos, sociais, culturais, demográficos e tecnológicos contribuíram de forma significativa (Dias, 2011).

Algumas das causas que influenciaram as alterações estruturais das famílias foram o aumento dos divórcios, o acréscimo das famílias reconstruídas, o aparecimento das famílias homossexuais, o aumento das unidades residenciais de pessoas sós, a diminuição das famílias numerosas, o facto de as mulheres terem filhos em idades mais tardias com consequente redução

da natalidade, o decréscimo do número de casais com filhos e o aumento do número de casais sem filhos (Guerreiro, 2018; Dias, 2011).

De acordo com Potter e Perry (2006), tal como referido pela maioria dos autores, é possível identificar diferentes tipologias de família:

Família nuclear - composta por marido e mulher e pelos filhos, no caso de existirem;

Família alargada - constituída por vários parentes que residem juntos (tias, tios, avós e primos), para além da família nuclear;

Família monoparental - família forma-se quando um dos pais se separa da família nuclear, seja devido a morte, divórcio ou abandono ou quando uma pessoa solteira tem ou adota uma criança;

Família reconstruída - quando os pais têm filhos de relações parentais anteriores e os mesmos integram uma nova situação de coabitação;

Padrões alternativos de relações - incluem agregados familiares com vários adultos, família com gerações de pais ausentes, comunidades com filhos, adultos que vivem sozinhos, parceiros em coabitação e casais homossexuais.

Dias (2011) relembra que, independentemente do modelo de família, o seu conceito de unidade social e todo sistémico mantém-se preservado, destacando-se as importantes funções que assume na sociedade.

Através de toda a documentação e informação partilhada e após tratamento dos dados foi possível categorizar a totalidade dos utentes do ficheiro da equipa de saúde, segundo o tipo de família e segundo as fases de transição de Duvall, no caso das famílias nucleares. Da totalidade dos inscritos (1527) no ficheiro da equipa, existem 797 famílias que foram classificadas nas tabelas seguintes, número acima do que é preconizado pela OE no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019 (2019), que define a norma para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem indicando como limite máximo o número de 1.550 utentes ou 350 famílias de uma determinada área geográfica para cada enfermeiro de família, indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (2002).

Tabela 2*Caracterização do tipo e número de famílias inscritos na equipa nuclear*

Tipo de Família	N	%
Nucleares	304	38,2
Alargada	16	2,0
Monoparental	105	13,2
Reconstruída	3	0,3
Unitária	360	45,2
Outras	9	1,1
Total	797	100

Fonte: SClinico, acedido em abril de 2023

Destes dados podemos aferir que o tipo de famílias mais prevalente são as unitárias (360), seguida das nucleares (304) e as monoparentais (105), o que significa que temos muitas pessoas a viverem sozinhas.

Os resultados evidenciam que a tipologia predominante são as famílias unitárias, maioritariamente compostas por indivíduos com idade inferior a 65 anos. Esta tendência encontra-se em consonância com os dados do INE - Censos 2021 (PORDATA, 2024), que demonstram um crescimento deste tipo de família ao longo dos anos. O processo de individualização, no qual emerge o interesse pessoal e a responsabilidade individual e a consequente desinstitucionalização da família tem originado reconfigurações familiares entre as quais se destaca o aumento das famílias unitárias (Figueiredo, 2023).

O número de famílias monoparentais é também significativo verificando-se na maioria dos agregados que o progenitor é do sexo feminino, em consonância com os dados estatísticos a nível nacional do INE - Censos 2021 (PORDATA, 2024). Esta realidade pode ser explicada pelo aumento do número de divórcios, pela diversidade de modalidades de guarda parental e, ainda, pela emancipação da mulher no mercado de trabalho que veio implicar alterações familiares na responsabilidade da educação dos elementos mais novos e também na assunção do papel parental (Figueiredo, 2023).

Segundo Relvas (2006), a família, enquanto modelo dinâmico que é, evolui através de estádios previsíveis e universais, designando este processo de ciclo vital da família que consiste numa

sequência previsível de transformações que ocorrem na organização familiar, com tarefas bem definidas que caracterizam cada etapa.

O mesmo autor sugere as seguintes etapas do ciclo vital: Formação do casal - corresponde à primeira etapa do ciclo vital, na qual ocorre a formação do casal; Família com filhos pequenos - fase que diz respeito ao nascimento dos filhos e conta com grandes alterações no seio do casal; Família com filhos na escola - coincide com a entrada dos filhos na escola, representando uma crise de desmembramento para a família; Família com filhos adolescentes - etapa, em que as mudanças na relação pais-filhos são significativas, possibilitando aos filhos as entradas e saídas do sistema; Família com filhos adultos - última etapa do ciclo vital que se caracteriza por um entrecruzar de gerações, incluindo os parentes por afinidade, os netos e, por vezes, os próprios pais.

A caracterização da família de acordo com a etapa do ciclo vital onde se encontra, permite a prestação de cuidados antecipatórios com vista a promover a capacitação da mesma, face aos processos de transição a que está sujeita (Figueiredo, 2023). Cuidar da família e promover a sua capacitação ao longo do seu ciclo vital vai de encontro às competências do EEESF (Lei n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Nunes (2018) sublinha a relevância da idade do filho mais velho como referência central na determinação do estágio do ciclo de vida familiar. De acordo com Figueiredo (2012), embora o nascimento de outros filhos implique processos de reorganização para integrar o novo membro, é com o primogénito que as transições familiares são experienciadas como verdadeiro marco de desenvolvimento.

O modelo de Duvall propõe as seguintes fases: 1 - Família sem filhos; 2 - Família com filhos pequenos (família com filhos até aos 3 anos); 3 - Família com filhos em idade pré-escolar (filho mais velho tem entre 3 a 6 anos de idade); 4 - Família com filhos em idade escolar (filho mais velho tem entre 6 e 12 anos); 5 - Família com adolescentes (filho mais velho tem entre 13 a 20 anos); 6 - Família com filhos adultos jovens (período desde a saída de casa do filho mais velho, até à saída do mais novo); 7 - Família na meia-idade (período de “ninho vazio”); 8 - Família idosa (período desde a reforma do(s) assalariado(s) da família até à morte de um/ambos os cônjuges) (Duvall & Hill, 1948 cit. in Hill, 1964; Duvall & Kerckhoff, 1958; Hill, 1986; Murphy & Staples, 1979; Trost, 1974 como referido por Martins, 2018).

Como referido anteriormente, o programa informático SClinico em utilização na USF, adota as fases do ciclo vital da família segundo Duvall, e as famílias do ficheiro foram classificadas nestas oito etapas do ciclo vital, baseadas nas tarefas de desenvolvimento e considerando a presença

a idade do filho mais velho como determinante para a caracterização dos estádios (Figueiredo, 2023). Após a análise e segundo a informação da tabela 3 conclui-se que são as famílias idosas (113) as mais prevalentes, seguidas pelas famílias de meia idade (52) e famílias com filhos adultos jovens (44), o que traduz o envelhecimento da população.

Tabela 3

Caracterização das famílias nucleares segundo o Ciclo de Duvall, da equipa nuclear

Fase do Ciclo de Duvall	N	%
Famílias sem filhos	12	3,9
Família com filhos pequenos	18	5,9
Família com filhos em idade pré-escolar	13	4,4
Família com filhos em idade escolar	36	11,8
Família com adolescentes	18	5,9
Família com filhos adultos jovens	44	14,5
Família na meia-idade	50	16,4
Família idosa	113	37,2
Total	304	100

Segundo os dados do INE (2021), relativo aos censos, em Portugal a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família em 1960, para 2,6 pessoas em 2011 e para 2,5 pessoas em 2021; das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011 e 24,8% em 2021) e a diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011 e 5,6% em 2021). Estes dados são reveladores da alteração nas formas de viver em família nas últimas décadas.

Atualmente, as famílias têm determinadas funções que são desempenhadas para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade. Os papéis familiares surgem e modificam-se para ajudar as famílias a realizar as transições para novos estádios e a satisfazer as suas necessidades em cada estágio (Silva, 2008).

A crescente preocupação com a diversidade do funcionamento familiar e com a privatização dos

comportamentos no seio da família conduziu ao desenvolvimento de várias abordagens centradas na compreensão da sua dinâmica interna (Carter & McGoldrick (1999). O funcionamento familiar constitui uma dimensão essencial de qualquer sistema familiar, uma vez que se altera em função das etapas do ciclo vital e dos eventos que emergem ao longo do tempo (Olson, 2000). Estas transformações podem revelar-se particularmente críticas em determinadas fases, exigindo uma análise contextual e individualizada que considere a estrutura, os papéis e as interações familiares (Walsh, 2016).

No caso das famílias com filhos em idade pré-escolar, o funcionamento familiar adquire especial relevância, pois esta fase do ciclo vital implica uma reorganização significativa da dinâmica familiar. O casal parental enfrenta o desafio de conciliar o exercício da parentalidade com a manutenção da relação conjugal e das responsabilidades profissionais (Figueiredo, 2012; Relvas, 2004). Simultaneamente, a criança encontra-se num período de intenso desenvolvimento físico, emocional e social, que exige um ambiente estável, afetoso e promotor de autonomia (Salvado, 2013).

Após a análise e segundo a informação da tabela 3 conclui-se que as famílias com filhos em idade pré-escolar são 30, e que o ano das datas de nascimento se encontram entre 2017 e 2020. Verifica-se que 20 são do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

Tabela 4

Caracterização das crianças em idade pré-escolar inscritas na equipa nuclear

Ano de Nascimento	N	%	Masculino	Feminino
2017	6	20,0	1	5
2018	10	33,3	3	7
2019	9	30,0	4	5
2020	5	16,7	2	3
Total	30	100,0	10	20

Nesta etapa, as famílias necessitam de adaptar rotinas, redefinir limites e promover práticas parentais consistentes que facilitem a socialização e o desenvolvimento saudável da criança. Assim, compreender o funcionamento destas famílias é essencial para a ESF, pois permite ao enfermeiro identificar fatores de vulnerabilidade e de proteção, apoiar a adaptação parental e intervir de forma promotora da saúde familiar e do bem-estar infantil (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013).

Foi neste contexto que desenvolvi as unidades curriculares de prática clínica em ESF procurando cumprir os objetivos definidos no guia orientador do ensino clínico, e aprofundar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo das diferentes unidades curriculares do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de ESF, o que possibilitou a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O exercício da enfermagem caracteriza-se pela sua complexidade e exigência, uma vez que envolve a prestação de cuidados a seres humanos em todas as suas dimensões - física, emocional e social. Trata-se, além disso, de uma profissão altamente regulamentada, em que as competências do enfermeiro são objeto de avaliação contínua e de constante atualização. Neste contexto, torna-se essencial que o EE desenvolva a capacidade de realizar autoavaliações periódicas, refletindo criticamente sobre o seu percurso profissional e sobre a forma como os seus conhecimentos, atitudes e habilidades se alinham com os padrões de qualidade e de excelência esperados na prática de cuidados.

A escolha pela especialidade em ESF resultou de um processo de reflexão pessoal e profissional sobre as minhas competências enquanto enfermeira, bem como da consciência de que existia um espaço significativo para crescimento e desenvolvimento. Acreditava - e continuo a acreditar - que o investimento no aperfeiçoamento das competências especializadas, não só contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também promove ganhos na qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se positivamente nos serviços de saúde e nas comunidades que estes servem.

Neste capítulo, apresento uma reflexão sobre o desenvolvimento das minhas competências nos cuidados de enfermagem à família. O percurso de aprendizagem realizado durante a especialidade, permitiu o desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializados na área de ESF, baseada nos objetivos individuais e do plano de estudos da ESEnfC, e as competências comuns do enfermeiro especialista que se encontram no Regulamento das Competências Comuns do EE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), publicado em Diário da República e as Competências Específicas do EEECASF de acordo com Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (2018) da OE.

A equipa da USF, em especial na extensão, contribuíram positivamente para este processo através da sua disponibilidade e integração, que facilitaram a consolidação dos conceitos teóricos e aquisição de competências especializadas à família ao longo do seu ciclo vital.

Independentemente da área de especialidade, todos os EE partilham um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades comuns em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, bem como nos diferentes níveis de prevenção. Assim, o EE deve deter quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

No que respeita à **responsabilidade profissional, ética e legal** procurei promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelos direitos dos utentes/famílias no acesso à: informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral adquirida, escolha, privacidade e aos seus valores, costumes e crenças ao cumprir o definido no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que estabelece que os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. O consentimento informado, esclarecido e livre é muito importante na relação enfermeiro e utente/família e através do mesmo foi possível aceder às famílias, e estabelecer uma relação terapêutica que permitiu a adoção de novas competências especializadas.

Assim, considero ter desenvolvido ações no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no meu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No âmbito do domínio **da melhoria continua da qualidade**, o EE deve possuir competências específicas que visam alcançar a excelência nos cuidados prestados. Para tal o seu exercício deve ser baseado nas estratégias e planos nacionais aprovados, que visam assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão e cuja missão é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos, na sua relação com o sistema de saúde. Estes planos (nacionais e locais) servem também como instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, sendo cada instituição de saúde responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas nos mesmos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

Devido às exigências cada vez maiores nos padrões de qualidade na assistência em saúde, o EE tem um papel primordial na atualização de conhecimento, pois cria, gere e colabora em programas de melhoria contínua baseados em protocolos e normas que potenciam a uniformidade no cuidar e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro. A formação assume real importância na medida em que permite atualização científica, mobilização de conhecimento, partilha de experiências com estímulo para a mudança, conduzindo ao crescimento e desenvolvimento das equipas e, por conseguinte, melhores práticas.

No decorrer do ensino clínico, considero ter desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, gerindo e colaborando nos programas de melhoria contínua da qualidade. Em todos os momentos tentei criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

A área de competências do **domínio da gestão de cuidados**, tem como objetivo gerir os cuidados de enfermagem de forma mais adequada, otimizando a resposta da equipa em articulação com a equipa multidisciplinar, identificando e ajustando os recursos às necessidades, com garantia da segurança e qualidade das tarefas delegadas e dos cuidados. Estas competências exigidas ao EE, incluem não só a gestão de recursos materiais, mas também a gestão de recursos humanos, instalações e equipamentos, e também a gestão dos cuidados e têm como alvo a segurança e a melhoria contínua dos cuidados.

Durante o ensino clínico pude otimizar a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional adaptando a liderança e gestão ao contexto. Consegui realizar, além da gestão de recursos materiais, instalações e equipamentos e dos cuidados, no dia-a-dia da USF, partilhar experiências de gestão do armazém avançado (com a enfermeira tutora) e também de gestão de recursos humanos (com a enfermeira do conselho técnico).

No que diz respeito ao **desenvolvimento de aprendizagens** profissionais é importante um autoconhecimento e avaliação das capacidades e competências pelos enfermeiros, com identificação dos seus pontos fortes e fracos, reconhecendo que estas características são essenciais no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

O EE deve ter sempre presente a constante necessidade de desenvolvimento cognitivo, formação contínua e atual, baseando a sua prática na evidência científica sólida e documentada, devendo sempre que possível, transmitir esses mesmos conhecimentos aos seus pares em momentos formativos (OE, 2021).

No meu percurso profissional tive sempre interesse e disponibilidade para adquirir novos conhecimentos e a frequência desta nova especialidade e este estágio veio promover a partilha de mais conhecimento, técnicas e atitudes que contribuem para a construção da minha identidade profissional. A partilha das aprendizagens que foi acontecendo ao longo do estágio foi enriquecedora neste processo.

O Regulamento das Competências específicas EEECAESF n.º 428/2018 (2018), visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados. Este determina que o EEESF:

a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Relativamente à primeira competência, o EEESF deve considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, considerando que as competências foram desenvolvidas ao longo do ensino clínico, uma vez que os cuidados prestados foram adaptados a cada família, segundo as suas particularidades e necessidades, tendo por base os MDAIF, assim como a etapa do ciclo vital e respetiva transição, que simplificou a avaliação das mesmas. Todo o processo que incluiu a interação com as famílias e com a equipa multidisciplinar e a partilha de experiências, possibilitou a aquisição de conhecimento aprofundado nesta área através de atividades e intervenções específicas, nomeadamente:

- Estabelecer uma relação com a família por forma a promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas;
- Intervir, de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, facilitando as respostas da família a estas transições;
- Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família, através da utilização de instrumentos de avaliação familiar (MDAIF, genograma, ecomapa, escala de Graffar adaptada, Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve (APGAR) familiar de Smilkstein e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe);
- Desenvolver as práticas de EEESF baseadas na evidência científica.

No que respeita à competência “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF”, o EEESF deve gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família. Para isso trabalha em conjunto com outras equipas de saúde, promovendo a articulação interdisciplinar entre as equipas e mobilizando os recursos necessários, para a continuidade dos cuidados à família, nos diferentes níveis de prevenção.

No decorrer do ensino clínico manifestei sempre disponibilidade para colaborar com a equipa multidisciplinar, cooperando nas tomadas de decisão. Foi inicialmente difícil, mas muito gratificante trabalhar com as famílias e reconhecer a sua complexidade enquanto sistema. Foi perceptível que a aplicação do MDAIF e o desenvolvimento das competências descritas, favoreceram a utilização de um pensamento sistemático e crítico e promoveram ganhos na saúde familiar.

A metodologia de trabalho por enfermeiro de família, nos CSP, é fundamental para desenvolver as competências da prática especializada em Saúde Familiar, mas com um caminho longo a percorrer, uma vez que, embora informaticamente seja possível fazer alguns registos da avaliação familiar, o SClinico não reflete o trabalho desenvolvido devido a parametrização incompleta no que diz respeito ao processo familiar, nomeadamente, a identificação de todos os diagnósticos, a elaboração do genograma e ecomapa. E também porque a maioria dos enfermeiros de família, não estão ainda despertos para estes conceitos e esta evidência, uma vez que apresentam uma sobrecarga de trabalho, que não facilita a aplicação dos mesmos.

O percurso desenvolvido ao longo do estágio possibilitou-me aprofundar o conhecimento sobre a ESF e compreender a sua aplicação prática nos cuidados prestados às famílias, integrando os princípios teóricos e as competências específicas desta área, na intervenção quotidiana em contexto clínico. Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de uma visão sistémica e centrada na família, entendendo-a como unidade de cuidados e como contexto fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença.

O contacto direto com famílias em diferentes fases do ciclo vital contribuiu para o desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento e intervenção, promovendo uma prática mais reflexiva, autónoma e sustentada na evidência científica. Paralelamente, esta aprendizagem reforçou a consciência de que o papel do EEESF vai além da prestação de cuidados diretos, envolvendo também a capacitação das famílias, a promoção da literacia em saúde e o fortalecimento das redes de apoio comunitário.

Assim, o estágio representou uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, consolidando a minha identidade enquanto enfermeira especialista e reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias e à comunidade.

CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A segunda parte deste relatório de estágio inclui a componente de investigação, da qual fazem parte, a justificação e enquadramento da temática, a descrição dos procedimentos metodológicos para a realização do estudo e a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos sobre a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar.

1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

A fundamentação teórica assume uma grande pertinência em qualquer investigação, pois é a partir da mesma que se delimita o problema de investigação e se definem os objetivos de estudo e as questões de investigação (Fortin, 2009). Esta permite ao investigador organizar as suas ideias e documentá-las de forma a obter uma compreensão mais clara do objeto de estudo.

A investigação em ESF tem vindo, ao longo dos anos, a registar significativos avanços e desenvolvimentos, consolidando-se como um campo de conhecimento complexo e em constante evolução. Este progresso tem suscitado questões de natureza epistemológica, decorrentes dos novos paradigmas que emergem da interação entre a prática e o mundo empírico, contribuindo para uma compreensão mais profunda e integrada do fenómeno da família e dos cuidados de enfermagem a ela dirigidos (Figueiredo, 2012).

A família pode ser entendida como um sistema interconectado, no qual as ações e experiências individuais repercutem em toda a unidade familiar. Assim, quando um dos seus membros enfrenta uma transformação ou desafio, todos os restantes são, de algum modo, afetados. Trata-se, portanto, de uma teia de relações e de interdependência que requer uma abordagem holística, considerando a família simultaneamente como contexto, como sistema e como componente integrante da sociedade (Hanson, 2005; Kaakinen et al., 2018).

Relvas (2006) considera que a família, como modelo dinâmico que é, evolui através de estádios previsíveis e universais, dando origem ao que se designa de ciclo vital da família. Ao longo do seu percurso evolutivo, e à semelhança dos membros que a constituem, a família atravessa distintas fases que integram o seu ciclo vital, marcadas por transformações previsíveis que implicam processos de adaptação e reorganização (Figueiredo, 2012). O ciclo vital familiar pode, assim, ser entendido como um processo dinâmico e contínuo de desenvolvimento da família enquanto sistema (Alarcão, 2006).

Para Dias (2011), as diversas gerações que integram uma família avançam no tempo através do ciclo vital, marcado por eventos que definem as diferentes etapas de crescimento, assim como

tarefas de socialização inerentes a cada um dos elementos no percurso que partilham em conjunto. Em cada etapa existem acontecimentos que podem afetar cada um dos membros, exigindo da sua parte atitudes que lhes permitam adaptar-se às modificações estruturais e funcionais decorrentes de cada fase.

A compreensão destas etapas revela-se particularmente relevante no âmbito da ESF, uma vez que permite identificar as tarefas evolutivas específicas de cada fase e antecipar potenciais crises ou vulnerabilidades. Desta forma, o ciclo vital familiar constitui não apenas um referencial teórico para a análise do funcionamento familiar, mas também uma ferramenta prática que orienta a intervenção do EE, promovendo cuidados ajustados às necessidades concretas de cada família em diferentes momentos do seu desenvolvimento.

As investigações sobre a família e as transições ao longo do ciclo vital têm vindo a ser desenvolvidas desde o século XX, mantendo ainda hoje plena atualidade. Os estudos longitudinais evidenciam que a família atravessa fases de instabilidade seguidas de momentos de adaptação e de superação de dificuldades. Esse processo repercute-se nos papéis desempenhados por cada membro - pai, mãe, filhos, irmãos - e na forma como estes lidam com acontecimentos significativos, tais como o nascimento de um filho, separações ou perdas (Andolfi, 2019, citado por Bello & Marra, 2020).

Tendo em consideração as etapas do ciclo vital familiar é importante considerar as teorias que explicam os processos de crise que os indivíduos vivenciam bem como as respostas a esses processos. A Teoria de Sistemas da Família, que refere que todos os elementos estão interligados, pelo que quando ocorre uma mudança no estado de saúde de um dos membros todo o sistema familiar vai sofrer alterações, do mesmo modo que o funcionamento familiar interfere no bem-estar físico e psicológico da família (Hanson, 2005). A teoria das transições de Meleis que enquadra as transições e evidencia que os enfermeiros devem ser os facilitadores desses processos de mudança, criando condições para que estas ocorram de forma saudável (Meleis 2015 como referido por Melo 2021)

No contexto das necessidades de saúde das famílias com crianças em idade pré-escolar, a constatação de lacunas na atividade diagnóstica de enfermagem registada no SClínico, particularmente no que se refere à dimensão funcional e às dimensões operativas do processo familiar, emerge como um ponto crítico e pertinente para a investigação científica. Esta problemática apresenta uma dupla relevância: por um lado, representa uma justificação científica, uma vez que revela fragilidades na produção de conhecimento sistematizado acerca das práticas de avaliação familiar; por outro, evidencia um impacto prático, na medida em que a insuficiência

diagnóstica pode comprometer a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de enfermagem prestados às famílias.

Assim, a análise aprofundada deste fenómeno revela-se essencial não apenas para compreender as razões subjacentes a tais lacunas, mas também para sustentar propostas de melhoria que reforcem a prática clínica baseada na evidência. As implicações para a ESF são significativas, pois remetem para a necessidade de promover o desenvolvimento de competências específicas no domínio da avaliação e intervenção familiar, de otimizar os registos clínicos e de assegurar práticas assistenciais mais completas e integradas. Deste modo, o enquadramento do problema não só orienta e legitima a presente investigação, como também sublinha a sua relevância social e profissional, contribuindo para o fortalecimento da resposta em saúde familiar.

As famílias com filhos em idade pré-escolar atravessam uma das etapas mais significativas do ciclo vital familiar, marcada por profundas transformações estruturais, relacionais e funcionais. Esta fase, geralmente compreendida entre os 3 e os 5 anos de idade da criança, representa um período de adaptação às novas exigências parentais, em que os pais consolidam o seu papel educativo e se ajustam às crescentes necessidades de autonomia e socialização dos filhos (Marques, 2015).

Segundo Lourenço (2015), esta etapa implica o cumprimento de tarefas específicas, entre as quais se destacam a promoção do desenvolvimento físico, emocional e social da criança, o estabelecimento de rotinas familiares e o reforço da coesão conjugal e parental. O funcionamento familiar tende a reorganizar-se para responder às novas demandas, o que exige níveis adequados de flexibilidade e comunicação entre os membros da família.

Durante este período, a criança inicia um processo gradual de inserção em contextos externos à família, nomeadamente o jardim de infância ou a pré-escola, o que implica para os pais a partilha de responsabilidades educativas com outras figuras significativas. Esta transição pode gerar tensões e reajustamentos, tanto na estrutura familiar como na dinâmica relacional, sobretudo quando associada a outros desafios, como o equilíbrio entre vida profissional e familiar (Figueiredo, 2012; Nunes, 2018).

A literatura evidencia que o modo como a família enfrenta esta fase influencia de forma determinante o desenvolvimento emocional e social da criança. Famílias caracterizadas por elevada coesão, comunicação eficaz e flexibilidade equilibrada tendem a favorecer um ambiente seguro e estável, facilitando o crescimento saudável e a adaptação da criança aos novos contextos (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2006). Por outro lado, dificuldades na gestão de papéis

ou rigidez excessiva podem repercutir-se em desafios comportamentais e emocionais na criança e em sobrecarga parental.

Assim, a fase em que os filhos se encontram em idade pré-escolar deve ser entendida como um período crítico de evolução familiar, que exige apoio e acompanhamento profissional, nomeadamente do EEESF, cuja intervenção visa promover a funcionalidade familiar, reforçar competências parentais e prevenir situações de vulnerabilidade que possam comprometer o bem-estar da criança e da família como um todo.

Coesão e adaptabilidade (flexibilidade) familiar

O modelo circumplexo de funcionamento familiar, desenvolvido por David Olson e colaboradores, define duas dimensões fundamentais para compreender o equilíbrio e o ajustamento das famílias: a coesão e a adaptabilidade, designada nas versões mais recentes como flexibilidade (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2006).

A coesão familiar refere-se ao vínculo emocional que une os membros da família, refletindo o grau de proximidade, apoio e envolvimento existente nas relações familiares. Inclui aspetos como o tempo partilhado, a tomada de decisões conjuntas, o apoio mútuo e o sentimento de pertença. Famílias equilibradas tendem a apresentar níveis moderados de coesão, nos quais coexistem autonomia individual e ligação emocional, promovendo um funcionamento saudável e dinâmico. Por outro lado, níveis extremos de coesão - desmembramento (baixa coesão) ou emaranhamento (coesão excessiva) - estão associados a disfunções relacionais, dificuldades de comunicação e menor capacidade de adaptação às mudanças (Olson, 2011).

A dimensão da adaptabilidade, ou flexibilidade, diz respeito à capacidade da família de alterar a sua estrutura, papéis e regras, de forma a responder eficazmente às exigências internas e externas do sistema familiar. Famílias flexíveis conseguem ajustar-se às transições do ciclo vital e a situações de crise, reorganizando-se de modo a manter o equilíbrio entre estabilidade e mudança. Tal como na coesão, também aqui os extremos - rigidez (baixa flexibilidade) e caos (flexibilidade excessiva) - representam padrões disfuncionais, associados a dificuldades na gestão dos papéis parentais, na liderança e na tomada de decisão (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2006).

O modelo propõe que o funcionamento familiar saudável se situa numa zona intermédia de equilíbrio, onde coesão e flexibilidade se articulam de forma dinâmica e interdependente. Este equilíbrio é mediado por processos de comunicação, considerados um elemento facilitador que

permite às famílias ajustar-se, resolver conflitos e tomar decisões adequadas às suas necessidades (Olson, 2011).

Em ESF, a análise destas dimensões permite avaliar a funcionalidade familiar e orientar intervenções promotoras de ajustamento, resiliência e bem-estar. O EE, ao identificar padrões de coesão e flexibilidade, pode planejar estratégias de apoio à reorganização familiar, promovendo relações mais equilibradas e favorecendo a adaptação às diferentes fases do ciclo vital.

2. METODOLOGIA

Antes do início de qualquer investigação, é necessário definir e delimitar a metodologia a adotar, de modo a assegurar a consecução dos objetivos propostos. Segundo Vilelas (2022), a investigação científica é a atividade que possibilita a obtenção de conhecimento de forma objetiva, clara, sistemática, organizada e suscetível de verificação.

No presente capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada nesta investigação, iniciando-se com o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, as variáveis, a população/amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos que foram executados e por fim, o procedimento de recolha, análise e tratamento de dados.

2.1. TIPO DO ESTUDO

A definição do tipo de estudo tem como base os objetivos estabelecidos e a questão de investigação formulada, visando descrever o fenómeno em análise mediante a exploração das relações entre os conceitos envolvidos (Fortin, 2009). Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, porque o investigador obtém informações que serão expressas em valores numéricos para serem analisadas, descritivo-correlacional devido a descrever e estabelecer relações entre variáveis e transversal uma vez que mede a prevalência de um acontecimento num momento específico.

A vantagem da realização de um estudo descritivo-correlacional, prende-se com o fato de ao longo do processo de investigação, se poderem considerar simultaneamente múltiplas variáveis, com vista a explorar as suas relações mútuas, permitindo também descrever as relações que foram detetadas entre as variáveis (Fortin, 2009).

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com base na revisão bibliográfica realizada, houve interesse em aprofundar a temática e foi formulada uma questão de investigação que serviu de orientação ao estudo: *“Qual a influência dos fatores sociodemográficos na coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar?”*

2.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objetivos:

- Caracterizar a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar.

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin, (2019), a população é um conjunto de indivíduos que possuem características em comum. Quando esta é objeto de estudo designa-se de “população-alvo” e satisfaz critérios de seleção previamente definidos.

Por sua vez, a amostra é uma porção da população sobre a qual se vai desenvolver o estudo e que, é selecionada por razões práticas, como a acessibilidade (Polit et al, 2018). Vilelas (2022) refere que a mesma deve ser representativa da população, refletindo as suas características.

Nesta investigação a população-alvo em estudo é constituída pelas famílias com filhos em idade pré-escolar (idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, inclusive) inscritos no ficheiro da equipa nuclear da enfermeira Cooperante, da USF. No período de estágio, como população alvo tínhamos um total 30 crianças, de 29 famílias, obtivemos uma amostra composta por 22 famílias, ou seja 75,86 % da população alvo.

O método de amostragem selecionado foi o não probabilístico por conveniência. Este consiste em escolher indivíduos facilmente acessíveis num determinado local, que correspondem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos (Fortin, 2009). Neste sentido, a seleção da amostra foi realizada definindo-se como critérios de inclusão famílias com filhos(as) com idade pré-escolar (entre os 3 e 5 anos, inclusive) que aceitem participar voluntariamente no estudo, e, como critérios exclusão: famílias com filhos(as) com idade pré-escolar (entre os 3 e 5 anos, inclusive) que recusem participar voluntariamente no estudo e famílias com filhos(as) com idade inferior a 3 anos ou superior a 5 anos.

2.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis correspondem a propriedades ou características observáveis e mensuráveis, constituindo elementos essenciais para a tradução de conceitos teóricos em dimensões

concretas e verificáveis. A sua operacionalização permite não apenas medir e relacionar diferentes aspetos do objeto, mas também assegurar rigor metodológico e precisão analítica ao processo investigativo, promovendo avanços na compreensão científica da realidade (Appolinário, 2012). Uma variável, é algo que varia, pelo que a essência da investigação está em compreender as razões da variação nos valores de uma variável e como essa variação pode impactar outra. As variáveis são, assim, qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações verificadas numa investigação (Vilelas, 2022).

Para Fortin (2009), as variáveis constituem as unidades base de investigação e podem ser classificadas como independentes, dependentes de investigação, atributos e estranhas, de acordo com o papel que exercem na investigação. Segundo a mesma autora, as variáveis independentes são os elementos manipulados nos estudos experimentais numa investigação com vista a medir o efeito na variável dependente. No estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Idade dos progenitores - esta questão foi operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de anos completos do progenitor (pai/mãe) na data da aplicação do instrumento de recolha de dados.
- Nível de escolaridade (pai/mãe) - operacionalização através de uma questão de resposta fechada com as seguintes opções: Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior.
- Estado civil - operacionalização efetuada através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: Casado(a)-União de facto, Solteiro(a)-Viúvo(a) e Separado(a)-Divorciado(a).
- Tipo de família - operacionalizada neste estudo através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: Nuclear; Reconstruída; Alargada e Monoparental.
- Número de pessoas que constituem o agregado familiar - questão operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de pessoas que constituem o agregado familiar à data da aplicação do instrumento de recolha de dados.
- Número de filhos - questão operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de filhos do progenitor à data da aplicação do instrumento de recolha de dados.
- Rendimento mensal do agregado familiar - Esta foi operacionalizada através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: Entre 750€ e 2000€; Entre 2000€ e 3000€; mais de 3000€.

- Idade da criança – questão operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de anos completos da criança com idade pré-escolar, na data da aplicação do instrumento de recolha de dados.
- Sexo da criança - operacionalização foi efetuada com recurso a uma pergunta dicotómica, na qual existiam as possibilidades de resposta “masculino” e “feminino”.
- Posição na fratria – questão operacionalizada neste estudo através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: 1.º Filho; 2.ºFilho; 3.ºFilho; 4.ºFilho e 5.ºFilho.

Relativamente à variável dependente, esta foi operacionalizada através da avaliação do funcionamento familiar da família com filhos em idade pré-escolar, com recurso à escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV) (Olson, 2011).

2.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na investigação científica, a seleção e aplicação adequadas dos instrumentos de colheita de dados são cruciais para garantir a validade e a fiabilidade dos resultados. Segundo Fortin (2009), estes instrumentos devem ser rigorosamente escolhidos e adaptados ao contexto do estudo, permitindo a obtenção de dados precisos e relevantes para responder às questões de investigação.

Assim tendo em conta os objetivos da investigação e a revisão de literatura, neste estudo, optou-se pela aplicação de um questionário a cada uma das famílias que constituem a amostra e que é composto por duas partes (Anexo 1). Importa referir que as famílias que tinham mais do que um filho em idade pré-escolar, e tendo por base a classificação da família segundo Duvall, foi dada a indicação que deveriam caracterizar a criança mais velha das elegíveis.

A primeira parte do questionário, constituída por dados sociodemográficos da família e da criança com idade pré-escolar destinou-se a uma caracterização da amostra e a segunda parte que avaliou o funcionamento familiar de famílias com filhos em idade pré-escolar, através da utilização da escala FACES IV – última versão.

A FACES IV é uma escala que se destina a conhecer o funcionamento familiar. A última versão foi desenvolvida por Gorall, Tiesel e Olson em 2004, e esta foi traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe e Vicente, em 2015. Trata-se de uma escala de autoavaliação a completar por um ou mais elementos da família, com idade superior a 12 anos. À semelhança das restantes versões da FACES é o

instrumento de avaliação utilizado no Modelo Circumplexo do sistema conjugal e familiar de Olson, que tem como foco a família enquanto sistema, e avalia os padrões existentes nas relações familiares, através dos níveis de coesão e de flexibilidade que caracterizam a família (Gouveia-Pereira et al., 2020).

As versões anteriores da FACES eram compostas por duas escalas, uma relativa à coesão e outra à adaptabilidade, podendo a família ser classificada como funcional, disfuncional ou moderada. Segundo Olson (2011) estas versões apresentavam limitações, pois os extremos de cada subescala não eram avaliados, considerando os autores que estes valores apresentavam uma relação linear com a avaliação do funcionamento familiar saudável ou problemático.

Deste modo, e após vários estudos, a atual versão da escala veio permitir criar pontuações separadas, que diferenciam os extremos das dimensões de coesão e flexibilidade, e avaliar o grau de equilíbrio ou desequilíbrio de cada família, exibindo a análise fatorial da atual versão FACES IV a presença de seis subescalas, cada uma das quais compostas por sete itens. Duas escalas equilibradas, uma relativa à coesão e outra à flexibilidade, bastante semelhantes às das escalas usadas na FACES II e III e quatro escalas desequilibradas - desmembrada e emaranhada, no que concerne à coesão, e caótica e rígida, no que concerne a flexibilidade. Compreende ainda, uma subescala que avalia o nível de comunicação e uma outra que avalia o nível de satisfação na família (Olson, 2011).

A escala é constituída por sessenta e duas questões fechadas, subdividindo-se na subescala coesão equilibrada que é constituída pelas questões 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; na subescala flexibilidade equilibrada que inclui as questões 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; na subescala desmembrada que fazem parte as questões 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; na subescala emaranhada que compreende as questões 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; na subescala rígida que contém as questões 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; e, por último, na subescala caótica que abrange as questões 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42. No que diz respeito às subescalas da comunicação e da satisfação, incluem dez questões cada uma, correspondendo as questões 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 e 52 à comunicação e as questões 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61 e 62 à satisfação.

Relativamente à cotação das diferentes subescalas, a pontuação é atribuída através de uma escala tipo *Likert*, com 5 níveis de resposta. Para os itens de 1 a 52 as possibilidades de resposta são; (1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “indeciso”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”) e para os itens de 53 a 62 (1 = “muito insatisfeito”; 2 = “algo insatisfeito”; 3 = “geralmente satisfeito”; 4 = “muito satisfeito”; 5 = “totalmente satisfeito”).

A cotação da escala, é feita com o apoio de uma grelha, conforme se pode verificar na Figura 5, sendo que as letras A, B, C, D, E e F correspondem, respetivamente, às subescalas coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada, desmembrada, emaranhada, rígida e caótica. Nesta grelha, são apresentados também o somatório da pontuação referente às subescalas da comunicação e da satisfação. De referir, que o valor bruto obtido pelo somatório das respostas pode variar entre sessenta e dois e trezentos e dez pontos, sendo que as subescalas equilibradas e desequilibradas apresentam cotações entre sete e trinta e cinco e as subescalas da comunicação e satisfação apresentam cotações entre dez e cinquenta (Olson, 2011).

Figura 5

Grelha de cotação da FACES IV

Grelha de Cotação da FACES IV						
Coesão e Flexibilidade	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	13.	14.	15.	16.	17.	18.
	19.	20.	21.	22.	23.	24.
	25.	26.	27.	28.	29.	30.
	31.	32.	33.	34.	35.	36.
	37.	38.	39.	40.	41.	42.
Total	A ____	B ____	C ____	D ____	E ____	F ____
Comunicação	43.	44.	45.	46.	47.	48.
	49.	50.	51.	52.		
Satisfação	53.	54.	55.	56.	57.	58.
	59.	60.	61.	62.		

Colocar o valor de cada resposta no número correspondente. Somar na vertical para obter o valor de A, B, C, D, E, F (subescalas da FACES IV). Somar todos os valores das escalas comunicação e satisfação.
Somatório de valores da P1. a P.52: 1. Discordo fortemente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo fortemente
Somatório de valores da P. 53 a P. 62: 1. Muito descontente; 2. Um tanto descontente; 3. Geralmente satisfeito; 4. Muito satisfeito; 5. Extremamente satisfeito

Fonte: Videira (2013)

Olson (2011) refere que pontuações elevadas nas subescalas equilibradas (coesão equilibrada e flexibilidade equilibrada) são consideradas indicadores de um funcionamento familiar saudável na respetiva dimensão, enquanto as pontuações baixas são indicadoras de um funcionamento problemático. No que concerne às subescalas desequilibradas (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica) verifica-se o inverso, sendo as pontuações elevadas indicadoras de disfuncionalidade, e as pontuações baixas indicadoras de um funcionamento funcional.

Segundo Olson & Gorall (2006), as pontuações obtidas em cada subescala variam do mais saudável ao mais problemático e permitem a descrição de 6 tipos de família, nomeadamente:

- Equilibradas (*Balanced*): caracterizadas por pontuações elevadas nas subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e pontuações baixas nas subescalas desequilibradas. Esta combinação indica uma tipologia familiar com altos níveis de funcionalidade e baixos níveis de disfuncionalidade. Desta forma, este tipo de famílias irá, à partida, lidar bem com o stress e com as mudanças ao longo do ciclo vital, sendo improvável que necessite de terapia.
- Rigidamente coesas (*Rigidly Cohesive*): caracterizadas por pontuações altas na subescala rígida e da coesão. Apresentam pontuações moderadas na subescala emaranhada e baixas pontuações nas subescalas desmembrada e caótica. Esta tipologia familiar apresenta um grau elevado de aproximação emocional e rigidez. Sendo assim, são famílias que funcionam bem, na maioria do tempo, devido ao seu grau de proximidade entre os seus membros. Contudo, podem apresentar dificuldades em promover mudanças necessárias ao seu desenvolvimento, devido a alguma rigidez.
- Médias (*Midrange*): caracterizam-se por pontuações moderadas em todas as subescalas à exceção da subescala rígida, cujos valores podem surgir muito elevados ou muito baixos. São famílias com um funcionamento adequado, que não apresentam um nível elevado de fatores de risco resultantes de pontuações altas nas subescalas desequilibradas. Contudo, também não apresenta grandes fatores de proteção resultantes de pontuações médias nas subescalas equilibradas.
- Flexivelmente desequilibradas (*Flexibly Unbalanced*): considerada pelos autores como a dimensão mais difícil de caracterizar, apresentam pontuações elevadas em todas as subescalas, exceto na coesão, onde apresenta pontuações moderadas a baixas. Estas pontuações parecem apontar para um funcionamento familiar problemático, contudo as pontuações elevadas na subescala flexibilidade são indicadores de que estas famílias conseguem alterar as suas áreas problemáticas quando necessário, devido à sua capacidade de promoção de mudanças e ajustes.
- Caoticamente desligadas (*Chaotically Disengaged*): caracterizada por pontuações baixas nas subescalas equilibradas e nas subescalas emaranhada e rígida, e valores altos nas subescalas caótica e desmembrada. Este tipo de família terá, supostamente, problemas graves, dada a falta de aproximação emocional entre os elementos. Será tão problemática como as famílias desequilibradas descritas de seguida.
- Desequilibradas (*Unbalanced*): caracterizada por pontuações baixas nas duas subescalas equilibradas e elevadas nas quatro subescalas desequilibradas, são o oposto das famílias equilibradas. Estas famílias apresentam muitos problemas no seu funcionamento geral e são as que mais necessitam de terapia.

O autor anteriormente referido acrescenta que, após o cálculo das pontuações totais para cada subescala, é possível converter essas pontuações em percentis para cada uma das subescalas. Estes percentis são obtidos através das tabelas de conversão, disponíveis no Anexo 2 e permitem a atribuição de níveis a cada uma das subescalas.

No que respeita ao grau de equilíbrio ou desequilíbrio de cada família no que diz respeito à coesão e flexibilidade, Olson & Gorall (2006), criaram pontuações que permitem aceder ao rácio de coesão, flexibilidade e circunplexo total. A pontuação obtida pelo rácio, compara a quantidade relativa de características equilibradas e desequilibradas no sistema familiar. Quanto ao rácio circunplexo total, este foi criado tendo como objetivo facultar uma pontuação única resumida das características familiares, equilibradas (saudáveis) ou desequilibradas (problemáticas).

No que diz respeito à interpretação dos rácios, quanto mais elevado for o rácio, acima de 1, mais equilibrado é o sistema familiar, por outro lado, quanto mais baixo for o rácio, abaixo de 1, menos equilibrado é a família. Os rácios são calculados através das seguintes fórmulas:

$$\text{Rácio de Coesão} = \text{Coesão equilibrada} / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada}) / 2]$$

$$\text{Rácio de Flexibilidade} = \text{Flexibilidade equilibrada} / [(\text{Caótica} + \text{Rígida}) / 2]$$

$$\text{Rácio Circunplexo Total} = [(\text{Coesão equilibrada} + \text{Flexibilidade equilibrada}) / 2] / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada} + \text{Caótica} + \text{Rígida}) / 4]$$

Os valores obtidos pelos rácios podem ser comparados aos valores padrão de rácio relativos aos diferentes tipos de famílias. Assim, as famílias equilibradas apresentam os rácios mais elevados (2,5), seguidas das famílias rigidamente coesas (1,3). As famílias desequilibradas e caoticamente desmembradas apresentaram as pontuações mais baixas (0,24 e 0,38). As famílias médias pontuam perto do 1, colocando-se no meio, como o nome indica, dos 2 tipos extremos. As famílias flexivelmente desequilibradas tiveram também uma pontuação baixa (0,75) (Olson & Gorall, 2006).

Em suma, este cálculo é também bastante útil em investigação pois permite determinar o grau no qual uma família é saudável ou problemática (Olson, 2011).

Quanto à fidedignidade de um instrumento de medida, a análise da sua consistência interna é fundamental na investigação científica, uma vez que se refere à concordância existente entre todos os enunciados que integram o instrumento. O cálculo do valor de alfa de *Cronbach* é considerado a técnica mais utilizada para calcular o grau de consistência interna de uma escala e é utilizado quando existem várias possibilidades de escolha, como é o caso da escala de Likert (Fortin, 2009). De acordo com muitos autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco

et al (2006), os valores do coeficiente alfa de *Cronbach*, podem variar entre 0 e 1. Resultados iguais ou superiores a 0,70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu DeVellis (1991) também citado por Maroco et al (2006).

Seguidamente apresentamos na Tabela 5 os valores de α relativos à consistência interna da FACES IV para as várias subescalas e os respetivos números de itens.

Tabela 5

Consistência interna das dimensões da FACES IV no estudo (Alfa de Cronbach)

Subescalas	N.º de Itens	α
Coesão Equilibrada	7	0,78
Flexibilidade Equilibrada	7	0,70
Desmembrada	7	0,73
Emaranhada	7	0,41
Rígida	7	0,61
Caótica	7	0,75
Comunicação Familiar	10	0,97
Satisfação Familiar	10	0,95
Total	62	0,77

Os resultados que apresentamos permitem-nos constatar que a escala FACES IV, aplicada aos elementos da nossa amostra, apresenta valores de α superiores a 0.70 exceto nas subescalas emaranhada e rígida. Relativamente ao valor total de α para este estudo, foi de 0,77 o que revela uma boa consistência interna da escala total e, consequentemente boa fiabilidade.

2.7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada no final do decorrer do segundo estágio, nos meses de janeiro e fevereiro de 2024, na USF, a famílias com filhos em idade pré-escolar (com idades entre os 3 e os 5 anos, inclusive), pertencentes ao ficheiro da enfermeira cooperante, em contexto de consulta de enfermagem com a sua enfermeira de família ou em reunião agendada para o efeito.

Os dados foram colhidos através do preenchimento do instrumento de colheita de dados por um dos progenitores, sendo os questionários guardados em local seguro, até ao final do processo.

2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico assume um papel fundamental nos estudos de investigação, na medida em que possibilita a análise quantitativa dos dados recolhidos, estabelecendo uma relação entre o estudo empírico e a fundamentação teórica. Após o tratamento dos dados, os mesmos devem ser organizados de uma forma prática e racional, proporcionando uma melhor compreensão do fenómeno que representa o alvo do estudo (Vilelas, 2022).

A estatística descritiva pode ser entendida como o conjunto de técnicas e regras que resumem a informação obtida a partir de uma amostra, recorrendo, para tal, à utilização de instrumentos adequados, como tabelas, gráficos e indicadores numéricos. Por sua vez a estatística inferencial pretende averiguar a existência de relações de associação e determinar se os resultados obtidos podem ser generalizados à população em causa, através dos testes paramétricos e não paramétricos (Vilelas, 2022).

Assim, numa primeira fase os dados foram inseridos numa tabela Excel e exportados para o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 30 para Windows, onde se procedeu à análise quantitativa dos mesmos.

A análise quantitativa dos dados no SPSS foi realizada com o uso de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Na estatística descritiva procedeu-se à determinação de frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central - média (M) e mediana (Md) e medidas de dispersão - desvio padrão (DP), valor mínimo (Mínimo) e valor máximo (Máximo).

No que concerne à análise inferencial os testes utilizados neste estudo foram os não paramétricos, após verificação dos pressupostos da normalidade das variáveis dependentes. Foi realizado o teste Shapiro-Wilk (para $n < 50$) em que se obteve $p < 0,05$, não garantindo assim o pressuposto da normalidade.

Ainda na análise inferencial e por forma a compreender a relação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas) e o funcionamento familiar utilizaram-se os testes: Correlação de *Spearman* que nos permite medir a associação entre duas variáveis quantitativas contínuas; *Mann-Whitney* (Z), que é aplicado quando se pretendem comparar dois grupos independentes e *Kruskal-Wallis* (H) cuja aplicação é preconizada para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos diferentes, de forma a perceber se

existe diferença entre os mesmos (Vilelas, 2022). Quanto ao nível de significância (p), Fortin (2009) define-o como um valor numérico que diz respeito ao valor de p correspondente à probabilidade de cometer um erro de primeira espécie. A mesma autora constata que um p de 0,05 significa que o investigador tem uma probabilidade de se enganar de 5 vezes sobre 100. Neste estudo, considerou-se um $p < 0,05$.

2.9. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os procedimentos formais e éticos são etapas imprescindíveis em qualquer investigação científica, garantindo tanto a legitimidade do estudo quanto a proteção dos participantes envolvidos. Formalmente, é necessário obter autorizações institucionais e aprovações por comissões de ética, assegurando que o projeto esteja em conformidade com as normas e regulamentações aplicáveis (Nunes, 2020).

Seguindo estes pressupostos, nesta investigação, foi solicitada a autorização para a utilização da escala FACES IV aos autores da tradução e validação desta para a população portuguesa (Apêndice 1). Foram também solicitadas previamente as autorizações institucionais necessárias para a realização do estudo, nomeadamente: ao Coordenador da USF onde foi realizado o estágio (Apêndice 2), à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: ESEnfC (Apêndice 3) e à Comissão de Ética da ARS Centro (Apêndice 4), tendo sido obtido parecer favorável de todos.

A investigação foi sempre orientada na salvaguarda dos aspetos de ordem ética e legal, nomeadamente a participação voluntária, o anonimato dos participantes, a confidencialidade dos dados e sua destruição depois de cumprida a sua finalidade. Às famílias participantes do estudo, foi fornecido um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 5) e garantido o direito de interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos à apresentação dos resultados obtidos no processo de colheita de dados, subdividindo-o em três partes: análise descritiva, análise inferencial e discussão dos resultados.

De forma a facilitar a compreensão dos mesmos, a sua apresentação é efetuada com recurso a tabelas, nas quais constam os dados mais relevantes.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva dos dados recolhidos no estudo permitiu descrever as características globais da amostra, com o intuito de facilitar a interpretação dos dados. A amostra obtida, é constituída por vinte e duas famílias com filhos em idade pré-escolar, pertencentes ao ficheiro de família, de uma USF. De seguida, são apresentados os valores relativos às variáveis independentes: características sociodemográficas da família (familiar que preenche o questionário, idade dos pais, escolaridade, profissão, estado civil, tipo de família, número de pessoas que constituem o agregado familiar e rendimento mensal do mesmo e número de filhos) e características da criança com idade entre os 3 e os 5 anos, inclusive (idade, sexo e posição na fratria) bem como os resultados da variável dependente, constituída pelo funcionamento familiar avaliado através da escala de avaliação da coesão e adaptabilidade familiar - FACES IV.

A informação explanada na Tabela 6 permitiu-nos perceber que a distribuição da amostra segundo o familiar que preenche o questionário, na grande maioria foram as mães a responder ao questionário (72,7 %) e que apenas 27,3% dos questionários foram respondidos pelo pai, havendo um claro predomínio de questionários preenchidos pelas mães.

Quanto ao nível de escolaridade da mãe, o ensino superior é o que apresenta a maior percentagem (77,3%) seguido do ensino secundário (22,7%). No que diz respeito à escolaridade do pai a maioria (59,1%) da amostra frequentou o ensino superior e 18,2% o ensino básico.

Relativamente ao estado civil da amostra, vinte das famílias (90,9%) são casados ou vivem em união de facto e as restantes duas (9,1%) são separados ou divorciados.

No que concerne ao rendimento mensal do agregado familiar podemos verificar que 50% da amostra apresenta rendimentos entre os 2000 e os 3000 euros, e que 4,5% (1) da amostra tem rendimentos entre 750 e 2000 euros e a mesma percentagem (4,5%) acima de 3000 euros.

Relativamente à distribuição da amostra quanto ao tipo de famílias, confirmou-se que a maioria das famílias (86,4%) são nucleares, seguidas das famílias alargadas (9,1%) e apenas 1 família monoparental (4,5%).

Tabela 6

Características sociodemográficas da amostra/variáveis qualitativas nominais

Variável	Atributos	N	%
Familiar que preenche o questionário	Mãe	16	72,7
	Pai	6	27,3
	Total	22	100,0
Nível de escolaridade da mãe	Ensino secundário	5	22,7
	Ensino superior	17	77,3
	Total	22	100,0
Nível de escolaridade do pai	Ensino básico	4	18,2
	Ensino secundário	5	22,7
	Ensino superior	13	59,1
	Total	22	100,0
Estado civil	Casada(o)/União de facto	20	90,9
	Divorciada(o)/separada(o)	2	9,1
	Total	22	100,0
Tipo de família	Nuclear	19	86,4
	Alargada	2	9,1
	Monoparental	1	4,5
	Total	22	100,0
Rendimento mensal do agregado familiar	Entre 750€ e 2000€	7	31,8
	Entre 2000€ e 3000€	11	50
	Mais de 3000€	4	17,2
	Total	22	100,0

Na Tabela 7 e no que diz respeito às idades dos pais podemos apurar que a média de idades da mãe é de 38,86 anos (DP=4,235), sendo a idade mínima 27 e a máxima 48 anos e que a idade média do pai é de 41,18 (DP=4,797), apresentado a idade mínima de 31 e a máxima 51 anos.

Quanto ao número de pessoas que constituem o agregado familiar foi possível aferir que a média é de 3,59 (DP=0,666), sendo o mínimo 2 e o máximo 5 pessoas.

Relativamente ao número de filhos a média é de 1,64 (DP 0,581), com mínimo de 1 e máximo 3 filhos.

Tabela 7

Distribuição da amostra (N=22) segundo idade dos pais, n.º pessoas do agregado e n.º de filhos/ Variáveis continuas

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade da mãe	27	48	38,86	4,235
Idade do pai	31	51	41,18	4,797
N.º Pessoas do Agregado	2	5	3,59	0,666
N.º Filhos	1	3	1,64	0,581

No que concerne às características sociodemográficas das crianças e como podemos verificar na Tabela 8, a idade média é de 4,14 (DP=0,889), sendo a idade mínima 3 e a máxima 5 anos.

Tabela 8

Distribuição da amostra (N=22) segundo idade da criança

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade da criança	22	3	5	4,14	0,889

Relativamente à distribuição da amostra segundo o sexo da criança, na Tabela 9, podemos perceber que a percentagem de crianças do sexo feminino é ligeiramente superior (54,5%) comparativamente às crianças do sexo masculino (45,5%).

De acordo com os dados apresentados na mesma tabela, relativamente à posição da criança na fratria, verifica-se um predomínio dos primeiros filhos, que representam 54,5% da amostra. Em seguida, observam-se os segundos filhos, correspondendo a 40,9%, enquanto apenas 4,5% das crianças são terceiros filhos.

Tabela 9

Distribuição da amostra (N=22) segundo o sexo da criança e posição na fratria

Variável	Atributos	N	%
Sexo da criança	Masculino	10	45,5
	Feminino	12	54,5
	Total	22	100,0
Posição na fratria	1º Filho	12	54,5
	2º Filho	9	40,9
	3º Filho	1	4,5
	Total	22	100,0

A caracterização do funcionamento familiar das famílias participantes no estudo foi realizada com base no cálculo das pontuações obtidas nas oito subescalas que compõem o instrumento FACES IV (coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada, desmembrada, emaranhada, rígida, caótica, comunicação e satisfação) e no cálculo dos percentis correspondentes a cada subescala, de forma a determinar o nível de funcionamento familiar associado, bem como a determinação dos rácios de coesão, flexibilidade e circunflexo total, permitindo uma análise mais abrangente do equilíbrio e da dinâmica familiar.

Relativamente aos dados apurados e representados na Tabela 10, podemos verificar que as subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) são as que apresentam valores médios mais altos comparativamente com as subescalas desequilibrada (desmembrada, emaranhada e caótica e rígida). A subescala coesão apresentou o valor médio mais elevado (30,59), seguindo-se a subescala flexibilidade com 29,82. Os valores médios mais baixos foram apresentados pelas subescalas desmembrada (11,82) e caótica (13,68).

No que se refere às subescalas de comunicação e satisfação, as médias das pontuações obtidas foram de 40,14 e 39,14, respetivamente. Estes valores, superiores aos das restantes subescalas,

pode ser justificado por ambas as subescalas apresentarem um maior número de questões, possibilitando pontuações máximas mais elevadas.

Tabela 10

Caracterização do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade pré-escolar por subescala da FACES IV (N=22)

Subescalas da FACES IV	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Coesão Equilibrada	22	22	35	30,59	3,85
Desmembrada	22	7	27	11,82	4,59
Emaranhada	22	17	26	20,55	2,30
Flexibilidade Equilibrada	22	23	35	29,82	3,14
Caótica	22	7	18	13,68	2,69
Rígida	22	12	28	19,91	4,39
Comunicação	22	14	50	40,14	8,63
Satisfação	22	21	50	39,14	7,45

De seguida, após a conversão das pontuações brutas referentes a cada subescala e os respetivos valores percentuais através da utilização das tabelas de conversão complementares à escala de FACES IV (Anexo 2), apresentamos os dados expressos na Tabela 11 por níveis, relativos às subescalas equilibradas de coesão e flexibilidade, relativamente à frequência e percentagem por grupo.

A análise desta tabela demonstra que, no que diz respeito à coesão equilibrada, a maioria das famílias (72,72%) corresponde ao nível muito coesa, sendo de referir que apenas 9,09% se enquadram no nível pouco coesa.

Em relação à flexibilidade equilibrada, similarmente à coesão equilibrada, a maioria das famílias (80,00%) incluem-se no nível muito flexível, e 20,00% no nível flexível. Nenhuma família se encontra no nível pouco flexível.

Tabela 11

Caracterização da amostra segundo os níveis das subescalas coesão e flexibilidade da FACES IV

Níveis das Subescalas da FACES IV	N	%
Coesão Equilibrada		
Pouco coesa	2	9,09
Coesa	4	18,19
Muito coesa	16	72,72
Total	22	100
Flexibilidade Equilibrada		
Um pouco flexível	0	0,00
Flexível	2	20,00
Muito flexível	20	80,00
Total	22	100

Relativamente ao funcionamento familiar por rácios da FACES IV, como se pode constatar na Tabela 12, através das médias obtidas, verifica-se uma tendência para um funcionamento equilibrado das famílias da amostra, uma vez que estas apresentam valores superiores a um em todos os rácios, sendo a coesão a que apresenta valor mais elevado, com média de 1,95.

Tabela 12

Distribuição do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade pré-escolar por rácios da FACES IV

Rácios da FACES IV	N	Amplitude ou Intervalo	Mínimo	Máximo	Média	DP
Coesão	22	1,68	0,92	2,59	1,95	0,43
Flexibilidade	22	1,36	1,17	2,54	1,82	0,38
Circumplexo_total	22	1,41	1,04	2,46	1,87	0,36

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva da amostra, procedeu-se à análise inferencial com o objetivo de identificar possíveis associações ou diferenças significativas entre variáveis sociodemográficas e as dimensões do funcionamento familiar avaliadas pela FACES IV.

Segundo os dados apresentados na Tabela 13, relativamente à diferença entre as subescalas da FACES IV e a pessoa que responde ao questionário, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que em todas as subescalas o valor de p é superior a 0,05.

Tabela 13

Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do respondente do questionário

Subescalas	Respondente	N	Posto médio	Md	Z	p
Coesão equilibrada	Mãe	16	12,50	32,00	-1,190	0,234
	Pai	6	8,83	29,50		
Desmembrada	Mãe	16	10,00	9,50	-1,790	0,074
	Pai	6	15,50	13,00		
Emaranhada	Mãe	16	9,88	20,00	-1,944	0,052
	Pai	6	15,83	21,00		
Flexibilidade equilibrada	Mãe	16	11,84	30,00	-0,408	0,683
	Pai	6	10,58	30,00		
Rígida	Mãe	16	10,94	20,00	-0,668	0,504
	Pai	6	13,0	20,50		
Caótica	Mãe	16	10,75	13,00	-0,893	0,372
	Pai	6	13,50	14,00		
Comunicação	Mãe	16	12,28	42,00	-0,925	0,355
	Pai	6	9,42	39,50		
Satisfação	Mãe	16	12,44	42,50	-1,110	0,267
	Pai	6	9,00	35,50		

De acordo com os dados apresentados na Tabela 14, referentes às diferenças entre as subescalas da FACES IV com a idade dos pais, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois ($p > 0,05$) e apresentam uma correlação positiva em relação à idade do pai em todas as subescalas. No que diz respeito à idade da mãe, nas subescalas caótica, comunicação e satisfação existe uma correlação negativa, isto é, as variáveis comportam-se em sentido inverso (quanto maior a idade, menor a satisfação).

Tabela 14

Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e a idade dos pais

Idade	Mãe		Pai	
Subescalas	Correlação de Spearman	p	Correlação de Spearman	p
Coesão	0,043	0,849	0,163	0,470
Desmembrada	0,092	0,685	0,049	0,829
Emaranhada	0,071	0,752	0,171	0,446
Flexibilidade	0,284	0,200	0,061	0,788
Rígida	0,165	0,463	0,174	0,438
Caótica	-0,050	0,826	0,030	0,894
Comunicação	-0,096	0,671	0,154	0,493
Satisfação	-0,122	0,590	0,044	0,894

Em relação às subescalas da FACES IV com o nível de escolaridade da mãe, podemos aferir que existem diferenças significativas para as subescalas coesão ($p=0,016$), flexibilidade ($p=0,006$) e desmembrada ($p=0,026$). Verificou-se ainda a mediana e o posto médio que apresentam valores mais altos ao nível do ensino superior nas subescalas coesão e flexibilidade, e na subescala desmembrada o valor mais alto é no ensino secundário (Tabela 15).

Tabela 15

Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do nível de escolaridade da mãe

Subescalas	Nível de Escolaridade da mãe	N	Posto médio	Md	Z	p
Coesão	Ensino Secundário	5	5,40	28,00	-2,411	0,016
	Ensino Superior	17	13,29	33,00		
Desmembrada	Ensino Secundário	5	17,10	13,00	-2,219	0,026
	Ensino Superior	17	9,85	9,00		
Emaranhada	Ensino Secundário	5	11,00	20,00	-0,199	0,843
	Ensino Superior	17	11,65	21,00		
Flexibilidade	Ensino Secundário	5	4,50	27,00	-2,762	0,006
	Ensino Superior	17	13,56	31,00		
Rígida	Ensino Secundário	5	12,40	20,00	-0,355	0,722
	Ensino Superior	17	11,24	20,00		
Caótica	Ensino Secundário	5	14,60	14,00	-1,226	0,220
	Ensino Superior	17	10,59	13,00		
Comunicação	Ensino Secundário	5	9,60	40,00	-0,747	0,455
	Ensino Superior	17	12,06	42,00		
Satisfação	Ensino Secundário	5	7,70	30,00	-1,494	0,135
	Ensino Superior	17	12,62	42,00		

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 16, referentes ao nível de escolaridade do pai e as subescalas da FACES IV, a análise permitiu-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois $p > 0,05$ em todas as subescalas.

Tabela 16

Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do nível de escolaridade do pai

Subescalas	Nível de Escolaridade do pai	N	Posto médio	Md	H	p
Coesão equilibrada	Ensino Básico	4	8,38	29,50	2,121	0,346
	Ensino secundário	5	14,60	33,00		
	Ensino Superior	13	11,27	32,00		
Desmembrada	Ensino Básico	4	17,25	13,00	4,065	0,131
	Ensino secundário	5	9,30	9,00		
	Ensino Superior	13	10,58	10,00		
Emaranhada	Ensino Básico	4	8,25	20,00	1,390	0,499
	Ensino secundário	5	13,10	21,00		
	Ensino Superior	13	11,88	21,00		
Flexibilidade equilibrada	Ensino Básico	4	6,88	28,00	3,231	0,199
	Ensino secundário	5	14,60	33,00		
	Ensino Superior	13	11,73	31,00		
Rígida	Ensino Básico	4	11,13	20,00	2,660	0,264
	Ensino secundário	5	7,60	17,00		
	Ensino Superior	13	13,12	21,00		
Caótica	Ensino Básico	4	14,50	15,00	1,319	0,517
	Ensino secundário	5	9,60	13,00		
	Ensino Superior	13	11,31	14,00		
Comunicação	Ensino Básico	4	13,38	43,00	2,121	0,346
	Ensino secundário	5	14,30	48,00		
	Ensino Superior	13	9,85	40,00		
Satisfação	Ensino Básico	4	11,13	41,00	0,983	0,612
	Ensino secundário	5	14,00	43,00		
	Ensino Superior	13	10,65	41,00		

Relativamente à variável estado civil dos pais e as subescalas, cujos resultados se apresentam na Tabela 17, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala

desmembrada ($p=0,043$). Nesta subescala, ao analisarmos também a mediana e o posto médio verificamos que estes apresentam valores mais altos no estado civil Divorciada(o)/casada(o).

Tabela 17

Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do estado civil dos pais

Subescalas	Estado civil	N	Posto médio	Md	Z	ρ
Coesão equilibrada	Casada(o)/ União de facto	20	12,30	32,00	-1,844	0,065
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	3,50	25,00		
Desmembrada	Casada(o)/ União de facto	20	10,63	10,00	-2,022	0,043
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	20,25	17,50		
Emaranhada	Casada(o)/ União de facto	20	11,23	20,00	-0,637	0,524
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	14,25	21,00		
Flexibilidade equilibrada	Casada(o)/ União de facto	20	12,05	30,50	-1,265	0,206
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	6,00	28,00		
Rígida	Casada(o)/ União de facto	20	11,45	20,00	-0,115	0,908
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	12,00	20,50		
Caótica	Casada(o)/ União de facto	20	10,93	13,00	-1,326	0,185
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	17,25	16,00		
Comunicação	Casada(o)/ União de facto	20	12,00	42,00	-1,146	0,252
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	6,50	35,00		
Satisfação	Casada(o)/ União de facto	20	12,28	42,00	-1,777	0,076
	Divorciada(o)/ Separada(o)	2	3,75	29,50		

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 18, referentes ao tipo de família e as subescalas da FACES IV, a análise permitiu verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) em todas as subescalas.

Tabela 18

Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do tipo de família

Subescalas	Tipo de família	N	Posto médio	Md	H	p
Coesão equilibrada	Nuclear	19	12,79	32,00	5,717	0,057
	Alargada	2	4,25	26,50		
	Monoparental	1	1,50	-		
Desmembrada	Nuclear	19	10,32	10,00	4,887	0,087
	Alargada	2	18,00	13,50		
	Monoparental	1	21,00	-		
Emaranhada	Nuclear	19	11,29	20,00	1,326	0,515
	Alargada	2	10,00	20,00		
	Monoparental	1	18,50	-		
Flexibilidade equilibrada	Nuclear	19	12,34	31,00	2,498	0,287
	Alargada	2	5,25	27,50		
	Monoparental	1	8,00	-		
Rígida	Nuclear	19	11,03	20,00	0,834	0,659
	Alargada	2	15,25	22,50		
	Monoparental	1	13,00	-		
Caótica	Nuclear	19	10,55	13,00	3,604	0,165
	Alargada	2	15,50	15,00		
	Monoparental	1	21,50	-		
Comunicação	Nuclear	19	12,11	42,00	1,999	0,368
	Alargada	2	10,00	40,00		
	Monoparental	1	3,00	-		
Satisfação	Nuclear	19	12,42	42,00	3,081	0,214
	Alargada	2	7,00	35,00		
	Monoparental	1	3,00	-		

Em relação às diferenças entre o número de filhos e as várias subescalas da FACES IV, verificou-se diferença estatisticamente significativa na subescala caótica com ($p=0,030$), sendo essa correlação negativa, isto é, as variáveis comportam-se em sentido inverso, ou seja, quanto maior o número de filhos, menos caótica se considera a família (Tabela 19).

Tabela 19

Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e o número de filhos

Subescalas/número de filhos	Correlação de Spearman	<i>p</i>
Coesão	0,290	0,190
Desmembrada	-0,282	0,204
Emaranhada	0,091	0,686
Flexibilidade	-0,016	0,943
Rígida	-0,033	0,885
Caótica	-0,464	0,030
Comunicação	0,016	0,942
Satisfação	0,171	0,447

Na Tabela 20, os resultados obtidos relativamente às diferenças entre o número de elementos que constituem o agregado familiar e as subescalas, estes são similares aos da tabela anterior. Podemos aferir que existiu diferença estatisticamente significativa relativamente ao número de elementos que constituem o agregado familiar e a subescala caótica, com $p=0,044$, e uma correlação negativa, isto é, as variáveis comportam-se em sentido inverso, ou seja, quanto maior o número de elementos do agregado familiar, menos caótica se considera a família.

Tabela 20

Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e o número de elementos que constituem o agregado familiar

Subescalas/número elementos do agregado familiar	Correlação de Spearman	<i>p</i>
Coesão	0,299	0,177
Desmembrada	-0,359	0,101
Emaranhada	0,047	0,837
Flexibilidade	0,033	0,884
Rígida	0,071	0,752
Caótica	-0,432	0,044
Comunicação	0,062	0,783
Satisfação	0,271	0,223

Os resultados na Tabela 21, que representam as diferenças entre os níveis de rendimento do agregado familiar das famílias com crianças em idade pré-escolar e as subescalas da FACES IV, demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala rígida ($p=0,017$) e verifica-se que os valores de posto medio e mediana são mais elevados nas famílias com rendimentos acima de 3000€ e entre os 750€ e 2000€.

Tabela 21

Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias

Subescalas	Rendimento mensal	N	Posto médio	Md	H	p
Coesão Equilibrada	Entre 750€ e 2000€	7	11,00	32,00	0,097	0,953
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,55	31,00		
	Mais de 3000€	4	12,25	32,50		
Desmembrada	Entre 750€ e 2000€	7	11,14	12,00	0,124	0,940
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,36	12,00		
	Mais de 3000€	4	12,50	10,00		
Emaranhada	Entre 750€ e 2000€	7	14,50	22,00	4,028	0,133
	Entre 2000€ e 3000€	11	8,77	19,00		
	Mais de 4000€	4	13,75	21,00		
Flexibilidade Equilibrada	Entre 750€ e 2000€	7	11,71	30,00	0,225	0,894
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,86	30,00		
	Mais de 3000€	4	10,13	29,00		
Rígida	Entre 750€ e 2000€	7	10,43	20,00	8,159	0,017
	Entre 2000€ e 3000€	11	9,18	17,00		
	Mais de 3000€	4	19,75	25,50		
Caótica	Entre 750€ e 2000€	7	13,57	14,00	1,545	0,462
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,23	14,00		
	Mais de 3000€	4	8,63	12,00		
Comunicação	Entre 750€ e 2000€	7	14,07	46,00	3,149	0,207
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,55	42,00		
	Mais de 3000€	4	6,88	39,00		

(Continua)

Tabela 21 (Continuação)

Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias

Subescalas	Rendimento mensal	N	Posto médio	Md	H	p
Satisfação	Entre 750€ e 2000€	7	14,07	43,00	3,506	0,173
	Entre 2000€ e 3000€	11	11,68	42,00		
	Mais de 3000€	4	6,50	37,50		

Relativamente à correlação entre a idade da criança e as subescalas da FACES IV, a análise da Tabela 22 mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que o valor de p é superior a 0,05 em todas as subescalas.

Tabela 22

Correlação de Spearman entre as subescalas da FACES IV e a idade da criança

Subescalas/numero filhos	Correlação de Spearman	p
Coesão	0,032	0,887
Desmembrada	0,048	0,899
Emaranhada	-0,029	0,899
Flexibilidade	0,006	0,981
Rígida	0,046	0,839
Caótica	0,393	0,070
Comunicação	-0,137	0,543
Satisfação	-0,067	0,768

Segundo os dados apresentados na Tabela 23 relativos às diferenças em relação ao sexo da criança e as subescalas da FACES IV os resultados demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas uma vez que o $p > 0,05$ em todas as subescalas.

Tabela 23

Aplicação do teste Mann-Whitney (Z) entre as subescalas da FACES IV em função do sexo da criança

Subescalas	Sexo criança	N	Posto médio	Md	Z	p
Coesão equilibrada	Masculino	10	12,40	33,00	-0,599	0,549
	Feminino	12	10,75	31,00		
Desmembrada	Masculino	10	9,80	9,00	-1,134	0,257
	Feminino	12	12,92	12,00		
Emaranhada	Masculino	10	13,50	21,50	-1,338	0,181
	Feminino	12	9,83	20,00		
Flexibilidade equilibrada	Masculino	10	13,85	31,50	-1,561	0,119
	Feminino	12	9,54	29,00		
Rígida	Masculino	10	9,05	17,00	-1,627	0,104
	Feminino	12	13,54	21,00		
Caótica	Masculino	10	12,70	14,00	-0,799	0,424
	Feminino	12	10,50	13,50		
Comunicação	Masculino	10	13,25	44,50	-1,158	0,247
	Feminino	12	10,04	40,00		
Satisfação	Masculino	10	12,60	42,50	-0,728	0,466
	Feminino	12	10,58	40,50		

Relativamente à diferença entre a posição na fratria das crianças em idade pré-escolar e as subescalas da FACES IV, da análise da Tabela 24, verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa na subescala caótica ($p=0,040$). Ao analisarmos também a mediana e o posto médio verificamos que estes apresentam valores mais altos quando a posição na fratria se enquadra no 1º filho.

Tabela 24

Aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) entre as subescalas da FACES IV em função da posição na fratria

Subescalas	Posição na fratria	N	Posto médio	Md	H	ρ
Coesão equilibrada	1º Filho	12	9,58	31,00	2,429	0,297
	2º Filho	9	14,00	33,00		
	3º Filho	1	12,00	-		
Desmembrada	1º Filho	12	13,29	12,50	2,092	0,351
	2º Filho	9	9,22	9,00		
	3º Filho	1	10,50	-		
Emaranhada	1º Filho	12	12,00	21,00	0,617	0,735
	2º Filho	9	10,44	20,00		
	3º Filho	1	15,00	-		
Flexibilidade equilibrada	1º Filho	12	10,29	30,00	4,431	0,109
	2º Filho	9	14,22	32,00		
	3º Filho	1	1,50			
Rígida	1º Filho	12	10,50	17,00	1,022	0,600
	2º Filho	9	12,28	20,00		
	3º Filho	1	16,50	-		
Caótica	1º Filho	12	14,63	15,50	6,437	0,040
	2º Filho	9	8,06	13,00		
	3º Filho	1	5,00	-		
Comunicação	1º Filho	12	11,58	42,50	0,518	0,772
	2º Filho	9	11,89	40,00		
	3º Filho	1	7,00	-		
Satisfação	1º Filho	12	10,71	41,50	1,500	0,472
	2º Filho	9	13,17	43,00		
	3º Filho	1	6,00	-		

Concluída a apresentação dos resultados, é fundamental proceder à comparação crítica dos resultados em investigações prévias, de forma a situar o presente estudo no quadro da evidência científica existente, conforme se demonstra no próximo subcapítulo.

3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos e estabelece-se uma relação entre os mesmos e a evidência científica encontrada na revisão da literatura. A discussão será organizada de forma sequencial de acordo com os objetivos.

Como referido anteriormente, a amostra do estudo é do tipo não probabilística, selecionada por conveniência, método que, apesar de facilitar o acesso aos participantes, pode comprometer a representatividade e a generalização dos resultados (Fortin, 2009; Vilelas, 2022).

Os resultados obtidos relativos a consistência interna da escala FACES IV, aplicada à nossa amostra apresentam valores que revelam uma boa consistência interna da escala total. Este resultado, quando comparado com outros estudos é similar ao estudo de Cerveira (2015) e de Cruz (2021), que obtiveram valores de α total de 0,81 e 0,87, respetivamente. Quando comparado com o estudo de Videira (2013) verifica-se que tem uma melhor consistência, uma vez que este, no seu estudo, obteve o valor α de 0,635.

Relativamente à caracterização sociodemográfica das famílias com filhos em idade pré-escolar e especificamente ao familiar que respondeu ao questionário, na sua maioria estes foram preenchidos pelas mães (72,7%). Estes resultados são corroborados por outros estudos (Benatti, Pereira, Santos e Paiva, 2020; Santos, 2022), onde a maioria ou mesmo a totalidade dos participantes são mulheres. O relatório do INE (2012), reforça os resultados obtidos ao indicar que as mulheres continuam a ser, na maioria dos casos, as principais responsáveis pelo acompanhamento dos filhos.

No que concerne à idade dos pais da amostra, a idade média das mães é de 38,86 e a dos pais 41,18, sendo a idade média das mães ligeiramente mais baixa quando comparada com a dos pais. Segundo os dados da PORDATA (2023), as mulheres são mães cada vez mais tarde, sendo a média de idade aquando o primeiro filho de 31,6 anos. Uma vez que na nossa amostra a maioria das crianças são o 1º filho (54,5%) ou o 2º filho (40,9%) podemos afirmar que os resultados obtidos vão de encontro ao referido na PORDATA (2023).

Quanto ao número de filhos das famílias da nossa amostra a média obtida foi de 1,64 e o número de elementos que constituem o agregado familiar 3,54. Em Portugal não existe um indicador estatístico único rotulado “média de filhos por agregado” nas publicações oficiais portuguesas; por isso, para contextualizar a realidade demográfica recorreu-se ao índice sintético de fecundidade que se situou em cerca de 1,40 filhos por mulher em 2024 (PODATA, 2024). Paralelamente, a dimensão média dos agregados privados em Portugal ronda 2,4 pessoas por

agregado, reflexo da diminuição do número de filhos por família nas últimas décadas. Os dados de composição dos agregados mostram que, entre os agregados com crianças, a maioria tem 1 ou 2 filhos e uma pequena proporção tem 3 ou mais, o que corrobora os resultados da nossa amostra (INE, 2021).

Relativamente aos resultados da nossa amostra quanto à posição da criança na fratria, verifica-se um predomínio dos primeiros filhos, que representam 54,5% da amostra. Em seguida, observam-se os segundos filhos, correspondendo a 40,9%, enquanto apenas 4,5% das crianças são terceiros filhos o que vem reforçar o explanado no parágrafo anterior.

Quanto ao nível de escolaridade da nossa amostra e relativamente à mãe, o ensino superior é o que apresenta a percentagem maior (77,3%) seguido do ensino secundário (22,7%). No que diz respeito à escolaridade do pai a maioria (59,1%) da amostra frequentou o ensino superior e 18,2% o ensino básico, concluindo-se que são as mães que apresentam um nível de escolaridade mais alto comparativamente ao dos pais. Os dados obtidos corroboram os do INE que referem que a taxa de escolaridade do ensino superior entre os 25 e os 64 anos é superior nas mulheres (INE, 2021).

A educação constitui um dos principais determinantes sociais de saúde, influenciando de forma significativa o bem-estar das famílias e o desenvolvimento das crianças. Entre os indicadores educacionais, a escolaridade materna revela-se particularmente relevante, associando-se a melhores práticas de saúde, maior utilização de serviços preventivos e melhores resultados no desenvolvimento infantil (WHO, 2021; Marmot, 2020).

Neste sentido, e em consonância com os objetivos da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, promovida pelas Nações Unidas, a garantia de uma educação de qualidade, inclusiva e equitativa é reconhecida como um pilar essencial para o progresso social e a redução das desigualdades em saúde (Organização das Nações Unidas (ONU), 2015).

Relativamente ao estado civil da amostra, 20 das famílias (90,9%) são casados ou vivem em união de facto e as restantes 2 (9,1%) são separados ou divorciados. Os dados obtidos não vão ao encontro dos apresentados nos Censos (2021) nos quais se refere que o número de pessoas solteiras é superior ao número de pessoas casadas. Esta diferença pode ser devida ao facto de a nossa amostra ter como critério inclusão o ter filhos em idade pré-escolar.

No que concerne ao rendimento mensal do agregado familiar podemos verificar que 50% da amostra apresenta rendimentos entre os 2000 e os 3000 euros, e que 4,5% (1) da amostra tem rendimentos inferiores a 750 euros e a mesma percentagem (4,5%) acima de 4000 euros.

Segundo o INE (2024), o rendimento bruto declarado mediano por agregado fiscal em Portugal situou-se em 13 897 € anuais no ano de 2022. Este valor permite uma melhor contextualização socioeconómica das famílias estudadas, embora deva ter-se em conta que se trata apenas do rendimento bruto declarado e não contempla necessariamente todas as fontes de rendimento ou o rendimento disponível líquido. Contudo ao convertermos este valor anual para os montantes mensais verificamos que os agregados familiares ganham em média mensalmente 1 158 € o que indica que existem muitos agregados com rendimentos muito baixos, com implicações para desigualdades e risco de pobreza, o que não corrobora os resultados obtidos na nossa amostra.

Relativamente à distribuição da amostra quanto ao tipo de famílias, confirmou-se que a maioria das famílias (86,4%) são nucleares, seguidas das famílias alargadas (9,1%) e apenas 1 família monoparental (4,5%). Os resultados apresentados vão de encontro ao estudo de Cruz (2021) que também apresenta maioritariamente famílias nucleares. Embora as famílias nucleares sejam as predominantes na sociedade, segundo o INE (2021) tem havido um aumento na prevalência das famílias unitárias e monoparentais nos últimos anos.

No que concerne aos resultados obtidos referentes à caracterização da criança, relativamente à idade, sendo um critério de inclusão no estudo a criança estar em idade pré-escolar, verifica-se que todas as crianças têm idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade.

Quanto ao sexo das crianças a distribuição da amostra foi ligeiramente superior para o sexo feminino (54,5%) comparativamente às crianças do sexo masculino (45,5%). Estes dados não corroboram os dados obtidos no INE (2024) relativos ao às idades pré-escolar que evidenciam uma prevalência de crianças do sexo masculino.

No que diz respeito ao funcionamento familiar das famílias participantes no estudo, este foi realizado com base no cálculo das pontuações obtidas nas subescalas que compõem o instrumento FACES IV (coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada, desmembrada, emaranhada, rígida, caótica, comunicação e satisfação) e nos rácios relativos à coesão flexibilidade e ao modelo circumplexo global. Segundo os dados apurados, verificamos que a amostra se enquadra na tipologia de família equilibrada, uma vez que as subescalas equilibradas (coesão - 30,59 e flexibilidade - 29,82) são as que apresentam valores médios mais altos comparativamente com as subescalas desequilibrada (desmembrada - 11,82, emaranhada - 20,55 e caótica - 13,68 e rígida - 19,91). Nas subescalas de comunicação e satisfação, as médias das pontuações obtidas foram de 40,14 e 39,14, respetivamente. Estes resultados sugerem um funcionamento familiar positivo uma vez que, segundo Modelo Circumplexo, níveis equilibrados

de coesão e flexibilidade estão associados a dinâmicas familiares mais saudáveis (Olson e Gorall, 2006).

O estudo realizado por Cerveira (2015) procurou analisar a percepção do funcionamento familiar em diferentes tipos de configuração familiar, tendo obtido resultados similares, com as famílias da sua amostra a registarem pontuações elevadas nas subescalas “equilibradas” e baixas nas “desequilibradas”, sendo por isso classificadas como famílias equilibradas e vem corroborar os resultados obtidos.

Dias (2011) realça a importância da comunicação como uma característica central do sistema familiar, desempenhando um papel determinante na qualidade das relações entre os seus membros e nas interações estabelecidas com o meio social. A comunicação é, assim, entendida como um processo inerente ao ser humano, constituindo um elemento essencial tanto no contexto familiar como na sociedade em geral, na medida em que possibilita a partilha de significados, a expressão de afetos e a construção de vínculos relacionais. Assim, e tendo em conta os dados obtidos na amostra podemos afirmar que os mesmos explicam o mesmo que o artigo de Olson, Waldvogel e Schlieff (2019) que refere que famílias equilibradas têm uma comunicação mais positiva.

Quanto aos rácios de coesão, flexibilidade e do modelo circumplexo total, as médias superiores a um indicam claramente que a maioria das famílias analisadas apresenta um funcionamento equilibrado. Estes dados explicam o mesmo que Olson (2011). E coadunam-se com os resultados do estudo de Cruz (2021), apesar da amostra ter características diferentes, têm resultados similares ao presente estudo, sendo também apontadas como famílias equilibradas.

Relativamente à análise inferencial procurou-se verificar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e adaptabilidade de famílias com filhos em idade pré-escolar e pode verificar-se relação estatística significativa nos seguintes:

- O **nível de escolaridade** da mãe, tem influência na coesão e flexibilidade das famílias, ou seja, famílias em que mãe possui ensino superior tendem a perceber-se mais funcionais (diferenças significativas na coesão e flexibilidade) e famílias em que a mãe possui ensino secundário tendem a perceber-se de forma disfuncional (diferença significativa na subescala desmembrada).

- O **estado civil** dos pais influencia a coesão e flexibilidade das famílias, uma vez que podemos aferir que os pais divorciados percebem a sua família como disfuncional (diferença estatisticamente significativa na subescala desmembrada)

- A coesão e flexibilidade das famílias é influenciada pelo **número de filhos**. Segundo os resultados da nossa amostra quanto maior o número de filhos, menos caótica se considera a família (diferença estatisticamente significativas na subescala caótica com correlação negativa).

- O **número de elementos do agregado familiar** (Intimamente relacionado com o número de filhos) e os resultados obtidos são congruentes, uma vez que também influenciam a coesão e flexibilidade familiar, ou seja, quanto maior o número de elementos do agregado familiar, menos caótica se considera a família (diferença estatisticamente significativas na subescala caótica com correlação negativa).

- Os **rendimentos** da família influenciam a coesão e flexibilidade familiar uma vez que se verifica que as famílias com rendimentos acima dos 4000€ se percebe uma disfuncional (diferença estatisticamente significativas na subescala rígida).

- A **posição na fratria**, do filho em idade pré-escolar tem influência na coesão e flexibilidade da família, sendo a posição 1º filho a que tem efeito disfuncional, sendo a percepção familiar caótica.

Todas as outras características sociodemográficas não apresentaram significado estatístico. São poucos os estudos realizados.

Os resultados obtidos neste estudo permitem compreender algumas tendências relevantes no funcionamento familiar, nomeadamente ao nível da coesão e da flexibilidade. Contudo, a escassez de estudos nacionais que aplicam a FACES IV constitui uma limitação significativa à comparação direta dos resultados e à análise mais aprofundada das suas implicações. Esta limitação evidencia a necessidade de desenvolver mais investigações no contexto português, que utilizem este instrumento em diferentes fases do ciclo vital da família e em diversos contextos socioculturais.

A ampliação da utilização da FACES IV em estudos futuros poderá contribuir para reforçar a evidência científica sobre o funcionamento familiar, permitindo validar tendências, identificar fatores de risco ou proteção e orientar intervenções de enfermagem de saúde familiar mais ajustadas às necessidades reais das famílias. Assim, a continuidade da investigação nesta área revela-se essencial para sustentar práticas baseadas na evidência e para promover a saúde e o bem-estar familiar de forma mais eficaz.

CONCLUSÃO

Ao abordar-se a saúde familiar, reconhece-se a complexidade do seu significado, decorrente das múltiplas dimensões que a integram, da necessidade de compreender a família no seu contexto sociocultural e da diversidade de abordagens teóricas que sustentam a sua conceptualização e prática em enfermagem.

As famílias, ao longo das suas transições no ciclo vital, requerem uma abordagem holística por parte dos enfermeiros de família, capaz de compreender e intervir nas dinâmicas e necessidades que emergem em cada etapa. Neste sentido, a ESF assume-se como um domínio essencial no cuidado às famílias enquanto sistemas, ocupando uma posição central na promoção da saúde e no fortalecimento das suas competências de adaptação e coesão.

A formação especializada revela-se, assim, determinante para dotar o enfermeiro de conhecimentos, competências e ferramentas que sustentem uma intervenção eficaz e baseada na evidência, orientada para a otimização dos cuidados às famílias. A experiência adquirida ao longo da prática clínica permitiu compreender que o equilíbrio dinâmico da saúde familiar deve ser continuamente salvaguardado e promovido pela ESF, enquanto disciplina que privilegia a relação, a continuidade e a globalidade dos cuidados.

Através do presente relatório final, procurou-se descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas ao longo dos estágios, nos quais se promoveu a mobilização integrada dos conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo de estudos. A articulação entre a componente teórica e a prática clínica exigiu uma postura reflexiva e crítica ao longo de todo o percurso, revelando-se uma experiência profundamente enriquecedora para a construção do saber profissional, nas suas múltiplas dimensões.

A mobilização de referenciais teóricos e a utilização de instrumentos de avaliação familiar permitiram avaliar e intervir nas famílias enquanto unidade dos cuidados de enfermagem. O uso do referencial teórico e operativo MDAIF revelou-se determinante para a consolidação e disseminação de boas práticas em ESF, contribuindo para a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar, bem como para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os objetivos definidos para este trabalho foram atingidos, tanto na vertente clínica, como na investigação. A análise crítica das atividades clínicas desenvolvidas demonstrou a aquisição e consolidação das competências comuns do EE, bem como das competências específicas do EEESF, traduzindo-se numa prática fundamentada, reflexiva e centrada na promoção da saúde

familiar. Na vertente de investigação foi possível desenvolver um estudo de investigação que permitiu caracterizar a coesão e flexibilidade familiar de uma amostra e analisar a influência dos fatores sociodemográficos na mesma sendo os resultados obtidos um contributo significativo para a compreensão do funcionamento familiar percebido pelos pais com filhos em idade pré-escolar.

O estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra, que inviabiliza a generalização dos resultados à população, e também o recurso exclusivo ao questionário de autorresposta, que reflete apenas a perceção de um dos progenitores. Futuramente, seria pertinente a realização de investigações que integrem mais fontes de informação por forma a possibilitar uma visão mais abrangente e completa das famílias e também perceber a evolução da coesão e flexibilidade ao longo do ciclo vital.

Com a realização deste relatório, sugere-se, de forma geral, a necessidade de fomentar a produção de evidência científica na área da ESF a nível nacional, bem como o reforço dos registos clínicos nesta área, permitindo a criação de indicadores que reflitam de forma objetiva a prática clínica EEECAESF. Tal medida contribuirá para a demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e para o reconhecimento e valorização desta área específica de intervenção profissional.

Por fim, e naquilo que diz respeito à evidência atualmente existente no âmbito da ESF, torna-se relevante e premente a contínua descrição e publicação de evidência que demonstre a prática de enfermagem às famílias e aos seus membros, o seu impacto nestes e os seus potenciais ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª ed.). Lisboa: Quarteto.
- Andolfi, M. (2019). *A terapia familiar multigeracional: instrumentos e recursos do terapeuta*. Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Apolinário, M. (2012). Cuidados centrados na família: Impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 83-92. <https://doi.org/10.12707/RIII11145>.
- Barbieri-Figueiredo, M., C., A. (2011). Enfermería Familiar y Comunitária en el ámbito internacional - Enfermería de Família em Portugal: um camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitária*, 4(2), 45–48.
- Bello, L. & Marra, M. M. (2020). O fenômeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. *Revista Brasileira Psicodrama*, 28 (2), 118-130.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023). *IDG da Unidade Funcional*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023). *USF*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/Pages/default.aspx>.
- Biscaia, A., Heleno, L. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. DOI:10.1590/1413-81232017223.33152016.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Centro de Documentação e Informação. (2024). *Guia para a realização de citações em texto e referência bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cerveira, C. M, (2015). *Funcionamento das famílias – Perceção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Cruz, M. F. (2021). *O funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório aberto do Instituto Politécnico da Guarda.
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. (2023). Reestruturação de entidades públicas empresariais, integradas no serviço nacional de saúde, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde. *Diário da República: 1ª Série*, n.º 215/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2023-223906291>.
- Decreto-Lei n.º 103/2023 de 7 de novembro. (2023). Aprova o regime jurídico de dedicação plena no serviço nacional de saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República: 1ª série*, n. 215, 1-29.
- Decreto-Lei n.º 28/08 de 22 de fevereiro. (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde. *Diário da República: 1ª Série*, n.º 38/2008.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. (2007). Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem. *Diário da República: 1ª série*, n.º 161, 5587-6767. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/161-2007-126271>.
- Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. (1990). Aprova a Lei de Bases da Saúde. *Diário da República: 1ª Série*, n. 194/1990. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-351662>.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República: 1ª série*, n.º 118, 3128 – 3140.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Plano nacional de saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa, Portugal.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

- Figueiredo, M. H. (2023). Instrumentos de Avaliação Familiar. EM M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (p.344). Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia* (6.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., Miranda, M. P. & Candeias, M. J. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 38(1), 111-126. <https://doi.org/10.14417/ap.1651>.
- Guerreiro, M. D. (2018). Estruturas familiares e contextos sociais. In L. Rebelo (Org.), *A família em Medicina Geral e Familiar: Conceitos e práticas* (pp. 21–40). Coimbra: Almedina.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados à família: Teoria, prática e investigação* (2^a ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal, 2001-2011*. INE, Portugal: Lisboa. ISBN 978-989-25-0190-1.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Demografia: Nuts II*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6.^a ed.). F.A. Davis Company.
- Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). *Intervenção dos Enfermeiros na Capacitação Parental no relacionamento pais-filhos*. 3(5), 312–329. <https://www.researchgate.net/publication/317036969>.
- Lourenço, A. P. S. (2015). *Avaliação e promoção do desenvolvimento infantil: Contributos do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16408>.
- Marmot, M. (2020). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing.
- Marôco, J. & Marques G. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.
- Marques, B. C. P. (2015). *A educação pré-escolar: Regras, comportamentos e cidadania*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12463>.

- Martins, A. R. (2018). Revisão Sistemática do ciclo vital da família [Tese de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. Springer Publishing Company ISBN 978-0-8261- 0534-9.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5a ed.). Pennsylvania, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação da Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>.
- Nunes, M. A. S. (2018). Tempo e família: ciclos ou percursos familiares. In Rebelo, L. A família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas. (pp. 41-71). Coimbra: Almedina.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), p. 64-80. DOI:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2006). FACES IV & the Circumplex Model. In D. H. Olson & J. W. Tiesel (Eds.). *FACES IV package: Administration* (pp. 1–15). Life Innovations, Inc.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, p.144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>.
- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211. <https://doi.org/10.1111/jftr.12331>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem pediátrica de saúde infantil e pediátrica* [PDF]. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>.

Organização das Nações Unidas (ONU). (2015). *Transformar o nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Nova Iorque.

Organização Mundial Da Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.

Pina, J. C., Mello, D. F., & Lunardelo, S. R. (2008). Utilização de instrumento de registo de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 270–273. <http://doi.org/10.1590/s0034-71672006000300004>.

Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde]. Repositório aberto do Instituto Politécnico de Bragança.

Polit, D.F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2018). *Essentials of Nursing research: Appraising evidence for nursing practice*; (9ª ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.

PORDATA (2024) *Agregados domésticos privados, por grupo etário do representante da família. População. Famílias*.

https://prod2.pordata.pt/portugal/agregados+domesticos+privados++por+grupo+etario+do+representante+da+familia-821?_gl=1*9cn09o*_up*MQ..*_ga*MjEwMjQyNTgzMy4xNzQyNDZMzY2*_ga_HL9EXBCVBZ*MTc0MjQwMzZM2Ni4xLjAuMTc0MjQwMzZM2Ni4wLjAuMA.

PORDATA (2024). *Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos. População. Famílias*.

<https://prod2.pordata.pt/portugal/agregados+domesticos+privados+unipessoais+total+e+de+indivíduos+com+65+e+mais+anos-822>.

PORDATA. (2023). *Estatísticas. População*.

<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>.

Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem - Conceitos e procedimentos*. Lisboa: Lusociência.

Regulamento n. 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: 2ª série*, n. 1845, 128-155.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: 2.ª Série*, n.º 26, 4744-4750.

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: 2ª Série*, n.º 135, 19354 – 19359.

Relvas, A. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4(14), p.563-579. <http://hdl.handle.net/10400.12/3180>.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (3ª ed). Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva Sistémica* (4ª ed). Porto: Edições Afrontamento.

Salvado, R. S. T. (2013). *Avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de cuidados de saúde primários: Intervenção do enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15777>.

Santos, I. A. (2022). *Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade Pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório aberto do Instituto Politécnico da Guarda.

Sequeira, J., Vicente, H., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M., Neves, S. Santo, H. & Guadalupe, S. (2021). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Version IV (FACES IV): Validation Study in the Portuguese Population. *Journal of Child and Family studies*, 30, 1650-1663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3>.

- Serra, M. A. C. C. (2016). *Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2069>.
- Silva, N. C. B. da, Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. de S. A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), 215–229. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006.
- Unidade de Saúde Familiar Norton de Matos (2022). Manual de Acolhimento.
- Unidade de Saúde Familiar Norton de Matos (2022). Regulamento Interno.
- Unidade de Saúde Familiar Norton de Matos. (2019). Carta de Qualidade.
- Videira, J. I. P. C. (2013). *Queixas somáticas e funcionamento familiar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/6d31d2b7-9f85-457b-b73c-35ebafe96b9f/content>.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). The Guilford Press.
- World Health Organization. (2021). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Nº _____

“Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar”

Sou enfermeira a realizar estágio na _____ no contexto do Mestrado de Saúde Comunitária, na área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

No âmbito deste Estágio, pretendo realizar um estudo de investigação, que pretende avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar e analisar a influência dos fatores sociodemográficos na mesma. Para tal, solicito o preenchimento do presente questionário que tem um tempo de preenchimento de 25- 30 minutos.

As questões apresentadas deverão ser respondidas de acordo com a sua opinião, pelo que a sua resposta pessoal e sincera é muito importante. As respostas são confidenciais e destinam-se apenas à elaboração do presente estudo.

Obrigada pela sua participação!

PARTE I – Dados sociodemográficos

1. Familiar que preenche o questionário _____

2. Idade Progenitores

- Mãe
- Pai

3. Nível de escolaridade

- | PAI | | MÃE | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| • Ensino básico | ☐ | • Ensino básico | ☐ |
| • Ensino secundário | ☐ | • Ensino secundário | ☐ |
| • Ensino superior | ☐ | • Ensino superior | ☐ |

4. Estado civil

- Casado(a)/união de facto ☐
- Solteiro(a) ☐
- Viúvo(a) ☐
- Divorciado(a)/separado(a) ☐

5. Profissão Progenitores

- Mãe
- Pai

6. Tipo de família

- Nuclear [Família com 2 progenitores e filho(s)] ☐
- Reconstruída [Família com um progenitor, filho(s) e companheiro(a) do progenitor] ☐
- Alargada [Família com progenitores, filho(s) e outro(s) familiar(es)] ☐
- Monoparental [Família com um progenitor e filho(s)] ☐

7. Número de pessoas que constituem o agregado familiar

8. Número de filhos

9. Rendimento Mensal do agregado familiar

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA (com idade entre os 3-5 anos, inclusive)

10. Idade da criança

11. Sexo

Feminino ☐
Masculino ☐

12. Posição na fratria

- 1º Filho ☐
- 2º Filho ☐
- 3º Filho ☐
- 4º Filho ☐
- 5º Filho ☐

PARTE II- Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar-FACES IV

Versão original de Gorall, Tiesel e Olson (2004)

Adaptado e validado para a população portuguesa por Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe e Vicente (2015)

Leia cuidadosamente cada uma das seguintes afirmações, assinalando com uma cruz (X) no respetivo quadrado, a opção que mais se enquadra na perceção que tem sobre a sua família, salientado que não existem respostas “certas” nem respostas “erradas”.

Por favor, não deixe questões por preencher.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros.					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas.					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo juntos.					
11. Existem consequências claras quando um membro da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns nos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					

17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas.					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					
22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					
27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas.					
30. Não há liderança na nossa família					
31. Apesar de os elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares.					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. Na nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando quisermos passar algum tempo longe da família.					
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil alterá-la.					
42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada.					
43. Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com a forma como comunicamos uns com os outros.					
44. Os elementos da família são muito bons ouvintes.					

45. Na nossa família expressamos afeto uns pelos outros.					
46. Os elementos da família são capazes de pedir uns aos outros o que querem.					
47. Na nossa família podemos discutir calmamente os nossos problemas.					
48. Os elementos da família debatem as suas ideias e convicções.					
49. Quando colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas.					
50. Os elementos da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
51. Quando nos zangamos raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
52. Os elementos da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros					
	Muito insatisfeito	Algo insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
53. O grau de proximidade entre os elementos da família.					
54. A capacidade da família lidar com o <i>stress</i> .					
55. A capacidade da família para ser flexível.					
56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas.					
57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família.					
58. A capacidade da família para resolver conflitos.					
59. O tempo que passamos juntos enquanto família.					
60. A forma como os problemas são discutidos.					
61. A justiça das críticas na família.					
62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros.					

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 2 – Tabelas de Conversão escala FACES IV

Anexo 1 – Tabelas de conversão da FACES IV

Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas equilibradas

Balanced Scales: Percentile Scores & Levels					
Cohesion Raw Score	Cohesion Percentile Score	Balanced Scale: Cohesion Level	Flexibility Raw Score	Flexibility Percentile Score	Balanced Scale: Flexibility Level
7	10	Somewhat Connected	7	10	Somewhat Flexible
8	10	Somewhat Connected	8	10	Somewhat Flexible
9	10	Somewhat Connected	9	10	Somewhat Flexible
10	10	Somewhat Connected	10	10	Somewhat Flexible
11	10	Somewhat Connected	11	10	Somewhat Flexible
12	10	Somewhat Connected	12	10	Somewhat Flexible
13	10	Somewhat Connected	13	10	Somewhat Flexible
14	10	Somewhat Connected	14	10	Somewhat Flexible
15	10	Somewhat Connected	15	15	Somewhat Flexible
16	10	Somewhat Connected	16	15	Somewhat Flexible
17	10	Somewhat Connected	17	20	Somewhat Flexible
18	12	Somewhat Connected	18	25	Flexible
19	13	Somewhat Connected	19	30	Flexible
20	14	Somewhat Connected	20	35	Flexible
21	15	Somewhat Connected	21	40	Flexible
22	20	Somewhat Connected	22	45	Flexible
23	25	Somewhat Connected	23	50	Flexible
24	30	Somewhat Connected	24	55	Flexible
25	35	Connected	25	60	Flexible
26	40	Connected	26	65	Very Flexible
27	50	Connected	27	70	Very Flexible
28	60	Connected	28	75	Very Flexible
29	69	Very Connected	29	83	Very Flexible
30	76	Very Connected	30	88	Very Flexible
31	81	Very Connected	31	93	Very Flexible
32	86	Very Connected	32	96	Very Flexible
33	90	Very Connected	33	98	Very Flexible
34	95	Very Connected	34	99	Very Flexible
35	99	Very Connected	35	99	Very Flexible

Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas desequilibradas

Unbalanced Scales: Percentile Scores & Levels					
Unbalanced Raw Scores	Disengaged Percentile Score	Enmeshed Percentile Score	Rigid Percentile Score	Chaotic Percentile Score	Unbalanced Scales Levels
7	10	10	10	10	Very Low
8	12	12	12	12	Very Low
9	13	13	13	13	Very Low
10	14	14	14	14	Very Low
11	15	15	15	15	Very Low
12	16	16	16	16	Very Low
13	18	18	18	18	Very Low
14	20	20	20	20	Very Low
15	24	24	24	24	Very Low
16	26	26	26	26	Very Low
17	30	30	30	30	Low
18	32	32	32	32	Low
19	34	34	34	34	Low
20	36	36	36	36	Low
21	40	40	40	40	Low
22	45	45	45	45	Moderate
23	50	50	50	50	Moderate
24	55	55	55	55	Moderate
25	60	60	60	60	Moderate
26	64	64	64	64	High
27	68	68	68	68	High
28	70	70	70	70	High
29	75	75	75	75	High
30	80	80	80	80	Very High
31	85	85	85	85	Very High
32	90	90	90	90	Very High
33	95	95	95	95	Very High
34	98	98	98	98	Very High
35	99	99	99	99	Very High

Tabela de conversão de valores brutos em percentuais da subescala satisfação

Percentage and levels	Family Satisfaction	Family Satisfaction	
		Raw	Percent
Very High 86-99%	Family members are very satisfied and really enjoy most aspects of their family.	50	99
		49	98
		48	97
		47	94
		46	92
		45	87
High 61-85%	Family members are satisfied with most aspects of their family.	44	84
		43	79
		42	75
		41	71
		40	66
Moderate 36-60%	Family members are somewhat satisfied and enjoy some aspects of their family.	39	58
		38	51
		37	45
		36	40
Low 21-35%	Family members are somewhat dissatisfied and are concerned about their family.	35	35
		34	30
		33	28
		32	25
		31	23
		30	21
Very Low 10-20%	Family members are very dissatisfied and are concerned about their family.	29	18
		28	15
		27	13
		26	12
		10-25	10

Tabela de conversão de valores brutos em percentuais da subescala comunicação

Percentage and levels	Family Communication	Family Communication	
		Raw	Percent
Very High 86-99%	Family members feel very positive about the quality and quantity of their family communication	50	99
		49	97
		48	96
		47	94
		46	90
		45	88
		44	86
High 61-85%	Family members feel good about their family communication and have few concerns.	43	83
		42	80
		41	74
		40	70
		39	65
		38	62
Moderate 36-60%	Family members feel generally good about their family communication, but have some concerns	37	58
		36	50
		35	44
		34	40
		33	36
Low 21-35%	Family members have several concerns about the quality of their family communication	32	32
		31	28
		30	24
		29	21
Very Low 10-20%	Family members have many concerns about the quality of their family communication	28	18
		27	15
		26	14
		25	13
		24	12
		10-23	10

APÊNDICES

Apêndice 1 - Autorização da autora para utilização da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar - FACES IV



Apêndice 2 - Autorização do Coordenador da USF para realização do estudo



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CONCORDÂNCIA DA USF EM QUE SE REALIZARÁ O ESTUDO

Título do projeto/trabalho:

"Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar"

Investigadores:

Mestranda: Rita Joana Paiva marques dos Santos

Orientadores Científicos: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva (Orientador) e Enfermeira Especialista [redacted] (Orientadora Cooperante).

Na qualidade de **Coordenadora da USF** [redacted], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Coimbra, 11 de Dezembro de 2023,

[redacted signature]

Coordenadora da USF

Apêndice 3- Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer n.º P999_12_2023

Título do Projeto: Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar

Identificação das Proponentes:

Nome(s):

Rita Joana Paiva Marques dos Santos, estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Enfermeira a exercer funções na UCSP Lousã.

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

Investigador Responsável: Rita Joana Paiva Marques dos Santos

Orientadores: Armando Manuel Marques Silva, Professor Doutor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
[redacted] ões, Enfermeira Especialista na [redacted].

Relato

Parecer

Os objetivos que se visam atingir com a realização deste estudo são:

- Caracterizar os fatores sociodemográficos das famílias com filhos em idade pré-escolar;
- Avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar.

A amostra será constituída por Famílias com filhos em idade pré-escolar da USF Norton de Matos (pólo de Ceira). São apresentados os critérios de inclusão e exclusão.

O acesso aos participantes será através da enfermeira cooperante, após as necessárias autorizações. Os participantes serão convidados a integrar o estudo de forma livre e voluntária, durante as consultas de enfermagem na USF ou através de contacto telefónico.

Os questionários serão entregues individualmente, em envelope fechado aos participantes, que após o seu preenchimento serão entregues à enfermeira cooperante ou investigadora de acordo com a data estabelecida.

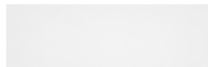
Os questionários a aplicar serão divididos em duas partes: a primeira para recolha de dados sociodemográficos e a segunda constituída pela Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar - FACES IV (versão portuguesa de Sequeira et al., 2015), autorizada pela Dr.ª Joana Sequeira.

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Refere que a voluntariedade está assegurada.
Para a utilização do instrumento tem autorização da autora.
Quanto aos dados refere que estes são codificados. Nada justifica, atenta a finalidade de projeto, que os dados sejam codificados. Contudo, instada em sede do Parecer da CE da ARSCentro a alterar os mesmos para dados anonimizados a investigadora já procedeu a esta alteração.
Assim, o parecer é favorável.

Parecer favorável.

O relator:



Data: 24/01/2024

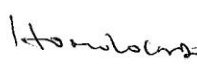
A Presidente da Comissão de Ética:



Apêndice 4 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: <u>favorável</u>	DESPACHO:  30.12.2024  Em substituição do Conselho Diretivo, nos termos do art.º 42º do Código do Procedimento Administrativo
--	--

ASSUNTO:

162/2023 - "Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar"

Refere que a voluntariedade está assegurada.

Para a utilização do instrumento tem autorização do autor.

Quanto aos dados refere que estes são codificados. Nada justifica, atenta a finalidade de projeto, que os dados sejam codificados. Foi solicitada esta alteração à investigadora que a acatou.

Assim, o parecer é favorável.

A Relatora: Dra. (

O Presidente da CES: Prof. Doutor)

Assinado por
Num. de Identificação: 000007327
Data: 2024.01.27 11:14:11+00'00'



Apêndice 5 - Consentimento Informado apresentado aos participantes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



(Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seoul 2008, Fortaleza 2013))

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Designação do estudo

"Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar"

Local

USF I

Objetivo do estudo

- Caracterizar os fatores sociodemográficos das famílias com filhos em idade pré-escolar;
- Avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar;
- Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e adaptabilidade das famílias com filhos em idade pré-escolar.

Explicação do estudo

Para a realização do estudo será necessário que os participantes respondam a um questionário constituído por duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e a segunda constituída pela escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES IV). A cada participante será entregue um envelope com o questionário que deverá ser preenchido individualmente e depois entregue à enfermeira cooperante ou investigadora, em envelope fechado, garantindo assim as condições de anonimato e confidencialidade.

Condições e financiamento

A participação neste estudo é totalmente voluntária e, na eventualidade de não aceitar participar, não haverá qualquer prejuízo na qualidade dos cuidados médicos a si prestados. As famílias são convidadas a participar na investigação, durante as consultas de enfermagem ou outro momento agendado, na USF ou domicílio, consoante a disponibilidade das mesmas. Não existe qualquer

benefício pessoal imediato ao participar neste estudo, sendo que também não lhe acarretará qualquer custo do ponto de vista financeiro. Se assim o desejar, ser-lhe-á fornecido maior detalhe científico sobre o tema abordado e qualquer questão que queira colocar será prontamente esclarecida pela equipa de investigação. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional do Centro.

Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.

Confidencialidade e anonimato

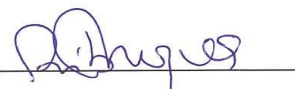
Este questionário é anónimo, não lhe sendo pedido que coloque qualquer identificação sua, e quando preenchido, ser-lhe-á atribuído um código e os dados serão guardados num local do computador, com chave de acesso, garantindo a completa confidencialidade da informação. Os dados recolhidos apenas se destinam a fins académicos e de investigação e as respostas obtidas serão apenas alvo de tratamento estatístico.

- *Confirmando que expliquei ao/à participante abaixo indicado/a, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.*
- *Respondi a todas as perguntas que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão.*
- *Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.*

O/A investigadora responsável

Nome: Rita Joana Paiva Marques dos Santos

Assinatura



Contacto: 919268873

Email: guitamarques@gmail.com

Identificação do/a participante

Nome: _____

Participante

- *Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a médico/a investigador/a que o assina.*
- *Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.*
- *Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.*
- *Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, durante as deslocações de rotina à consulta/ internamento, e permito a utilização dos dados anónimos que, de uma forma voluntária, forneço.*
- *Confio que estes dados serão somente utilizados para o estudo autorizado pela Comissão de Ética desta Instituição e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a e que as minhas respostas apenas serão alvo de tratamento estatístico neste estudo.*

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

VERSÃO ELETRÓNICA

O questionário deve começar com os seguintes itens:

- Declaração de boas-vindas ao questionário;
- Indicação dos responsáveis pelo questionário;
- Referência à aprovação pela Comissão de Ética da ARSC;
- Breve descrição da organização do questionário;

Doc CE_5 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Enviar para ces@arscentro.min-saude.pt

- Apresentação dos objetivos do projeto;
- Referência à garantia da confidencialidade dos dados que forem recolhidos e que ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados do estudo.

Por fim, para continuar, solicitar a concordância às três perguntas seguintes de consentimento informado

- 1 Compreendi os objetivos deste inquérito, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e aceito participar de forma livre e esclarecida.

☐1 ☐ Sim ☐

☐2 Não ☐

- 2 Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste inquérito, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

☐1 ☐ Sim ☐

☐2 Não ☐

- 3 Tendo em conta que é garantido o anonimato, aceito que os dados fornecidos sejam utilizados para análise estatística e que os resultados deste estudo possam ser partilhados com a comunidade científica.

☐1 ☐ Sim ☐

☐2 Não ☐