



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e adaptabilidade em famílias numerosas

Maria João Proença Miranda Vilaranda

Coimbra, outubro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e adaptabilidade em famílias numerosas

Maria João Proença Miranda Vilaranda

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

Coorientador: Professor Doutor José Hermínio Gonçalves Gomes, Professor Adjunto,
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

A concretização desta etapa, marcada por elevada complexidade, só foi possível graças ao empenho, dedicação e sacrifício a nível pessoal e familiar, assim como ao apoio sólido de diversas pessoas, a quem expresso a minha sincera e eterna gratidão.

Assim, não poderia deixar de manifestar o meu reconhecimento:

Ao Professor Doutor Armando Silva, orientador, pela disponibilidade, orientação e dedicação constantes ao longo deste percurso académico;

À Enfermeira Orientadora Cooperante da prática clínica e estágio, pelo exemplo profissional na área da Enfermagem de Saúde Familiar e pela sua dedicação à minha aprendizagem;

A todas as famílias que colaboraram no estudo de investigação, cuja participação tornou possível a sua realização;

Às minhas colegas do Curso de Mestrado, pela partilha de saberes e cooperação, especialmente à Francisca por toda a paciência e companheirismo;

À minha família — os meus três filhos, Leonardo, Francisco e João, e o meu marido Filipe — que constituem a minha maior força diária perante todos os desafios;

À minha mãe, pela dedicação incondicional, sem a qual a concretização dos meus objetivos não teria sido possível.

RESUMO

Enquadramento: Diversas políticas de saúde têm promovido o reconhecimento da enfermagem familiar, considerando a família como foco central dos cuidados, tratada enquanto unidade cliente. A capacidade de adaptação às transições familiares constitui objeto privilegiado de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar, cujo propósito é capacitar as famílias para enfrentar desafios. A família é descrita como o primeiro contexto de socialização da criança, sendo as relações entre pais e filhos determinantes no seu desenvolvimento e comportamento, o que reforça a relevância da qualidade dos cuidados parentais.

Objetivos: Descrever as atividades clínicas realizadas com vista ao alcance das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Paralelamente, desenvolver um estudo intitulado *Coesão e Adaptabilidade em Famílias Numerosas*, no qual são caracterizadas as competências parentais, a coesão e adaptabilidade em famílias numerosas.

Metodologia: Na componente clínica, foram realizadas avaliações e intervenções familiares junto das famílias acompanhadas. Na componente investigativa, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal, envolvendo 30 famílias que cumpriram os critérios de inclusão e responderam ao questionário.

Resultados: A amostra foi composta por 30 famílias numerosas, maioritariamente representadas por mães (83,3%), com idade média de 44,53 anos, formação superior (80%) e vínculo laboral ativo (86,7%). A maioria residia em habitação própria (63,3%) e integrava agregados com cinco elementos (80%). Em relação a coesão e adaptabilidade das famílias, verificou-se níveis elevados de coesão ($M=43,80$; $DP=4,54$) e adaptabilidade estruturada ($M=31,13$; $DP=4,15$). Relativamente às competências parentais, registaram-se valores médios elevados de satisfação parental ($M=39,30$; $DP=6,05$) e eficácia percebida ($M=28,63$; $DP=4,57$). Observou-se uma correlação positiva e significativa entre a idade dos participantes e a satisfação parental ($r=0,615$; $p<0,001$), bem como com o total das competências parentais ($r=0,519$; $p=0,003$). Na componente clínica, o percurso de estágio permitiu desenvolver e consolidar competências específicas na avaliação das famílias como unidade de cuidados, com especial enfoque na identificação de padrões de funcionamento, necessidades e recursos familiares. Foi possível aplicar instrumentos de avaliação validados, planear intervenções centradas na família e monitorizar os respetivos resultados.

Conclusão: A componente clínica possibilitou o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. O estudo realizado permitiu caracterizar os estilos parentais, bem como os níveis de coesão e

adaptabilidade em famílias numerosas, fornecendo contributos relevantes para a melhoria das práticas de enfermagem, com maior adequação dos cuidados e valorização do papel do enfermeiro especialista nesta área.

Palavras-chave: Famílias numerosas; Coesão; Adaptabilidade; Competências parentais; Enfermagem de Saúde Familiar.

ABSTRACT

Background: Several health policies have promoted the recognition of family nursing, considering the family as the central focus of care, approached as a client unit. The ability to adapt to family transitions constitutes a key area of intervention in Family Health Nursing, whose purpose is to empower families to face challenges. The family is described as the primary context for a child's socialization, with parent-child relationships being decisive in their development and behavior, reinforcing the relevance of the quality of parental care.

Objectives: To describe the clinical activities carried out to achieve the common competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing. In parallel, to develop a study entitled *Cohesion and Adaptability in Large Families*, which characterizes parental competencies, cohesion, and adaptability in large families. The study also analyzes the influence of sociodemographic characteristics on parental competencies and on family cohesion and adaptability.

Methodology: In the clinical component, family assessments and interventions were carried out with the families followed. In the research component, a quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study was developed, involving 26 families that met the inclusion criteria and completed the questionnaire.

Results: The sample consisted of 30 large families, mostly represented by mothers (83.3%), with a mean age of 44.53 years, higher education (80%), and active employment status (86.7%). Most lived in their own homes (63.3%) and belonged to households with five members (80%). The assessment of family dynamics using the FACES III Scale revealed high levels of cohesion ($M=43.80$; $SD=4.54$) and structured adaptability ($M=31.13$; $SD=4.15$), with a total mean score of 74.93 ($SD=7.60$), placing most families within the "connected and flexible" typologies. This reflects an overall balanced family functioning. Regarding parental competencies (assessed using the PSOC Scale), high mean scores were recorded for parental satisfaction ($M=39.30$; $SD=6.05$) and perceived efficacy ($M=28.63$; $SD=4.57$), with a total mean score of 67.93 ($SD=7.55$), indicating a positive perception of parental performance. A significant positive correlation was observed between participants' age and parental satisfaction ($r=0.615$; $p<0.001$), as well as with the PSOC total score ($r=0.519$; $p=0.003$). Most sociodemographic variables did not show statistically significant differences. In the clinical component, the internship enabled the development and consolidation of specific competencies in assessing families as units of care, with a particular focus on identifying patterns of functioning, needs, and family resources. Validated assessment tools were applied, family-centered interventions were planned, and outcomes were monitored. The intervention

of the specialist nurse in family health nursing proved essential in promoting family functionality and parental competencies, resulting in observable gains such as increased family involvement in care, improved organization in response to daily demands, and greater autonomy in managing family challenges.

Conclusion: The clinical component enabled the development of the specific competencies of the Family Health Nurse Specialist. The research study allowed the characterization of parenting styles, as well as the levels of cohesion and adaptability in large families, providing relevant contributions to the improvement of nursing practices, with better care planning and enhanced recognition of the Family Health Nurse Specialist's role in this field.

Keywords: Large families; Cohesion; Adaptability; Parental competencies; Family Health Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR - Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve

APFN - Associação Portuguesa de Famílias Numerosas

ARS - Administração Regional de Saúde

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

CE - Consultas de Enfermagem

CG - Conselho Geral

CT - Conselho Técnico

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

DM - Diabetes Mellitus

EC - Enfermagem Comunitária

ed. - edição

EE - Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

FACES III - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III*

GMCSF - Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários

HTA - Hipertensão Arterial

IDE - Índice de Desempenho da Equipa

IDG - Índice de Desempenho Global

IDS - Índice de Desempenho Setorial

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

MS - Ministério da Saúde

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PF - Planeamento Familiar

PMCQ - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

pp. - páginas

PSF - Programa de Saúde Familiar

PSOC- *Parenting Sense of Competence Scale*

Reg. - Regulamento

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RMDE - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RNU - Registo Nacional de Utentes

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SM - Saúde Materna

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS Coimbra - Unidade Local de Saúde de Coimbra

UP – Unidades Ponderadas

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

USF - Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Índice de Desempenho da Equipa- Unidades Funcionais.....	21
Figura 2. Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF.....	22
Figura 3. Gráfico de classificação das famílias inscritas no ficheiro da Equipa Nuclear.....	28
Figura 4. Gráfico de classificação segundo Fase do Ciclo de Duvall das famílias nucleares inscritas no ficheiro da Equipa Nuclear.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas do grau de parentesco do participante.....	53
Tabela 2. Frequências absolutas e relativas da nacionalidade do participante.....	54
Tabela 3. Frequências absolutas e relativas das habilitações literárias.....	54
Tabela 4. Frequências absolutas e relativas da situação perante o emprego.....	54
Tabela 5. Frequências absolutas e relativas da existência de problemas de saúde diagnosticado.....	55
Tabela 6. Frequências absolutas e relativas do número de elementos do agregado familiar.....	55
Tabela 7. Frequências absolutas e relativas do tipo de habitação.....	55
Tabela 8. Frequências absolutas e relativas da existência de casa com jardim ou espaço exterior.....	56
Tabela 9. Frequências absolutas e relativas da partilha de quarto por parte dos filhos.....	56
Tabela 10. Análise descritiva das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar.....	57
Tabela 11. Análise descritiva das dimensões de eficácia e satisfação parental.....	57
Tabela 12. Análise das correlações entre as escalas e sub escalas com a idade dos participantes.....	58
Tabela 13. Análise de diferença de médias com teste t para a variável estado civil.....	59
Tabela 14. Análise de diferença de médias com teste t para a nacionalidade.....	60
Tabela 15. Análise de diferença de médias com teste t para situação perante o trabalho....	60
Tabela 16. Análise das correlações entre as escalas e sub escalas com número de elementos do agregado dos participantes.....	61
Tabela 17. Análise de diferença de médias com teste t para as habilitações literárias dos participantes.....	61
Tabela 18. Análise de diferença de médias com teste t para existência de jardim ou espaço exterior.....	62
Tabela 19. Análise de diferença de médias com teste t para a partilha ou não de quarto pelos filhos.....	62
Tabela 20. Análise de diferença de médias com teste t para a estrutura familiar.....	63

Tabela 21. Análise da diferença de médias com ANOVA em função da tipologia de habitação habitação.....	64
---	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA	16
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....	17
1.2. LEGISTAÇÃO ESTRUTURANTE DAS USF E MODELOS ORGANIZACIONAIS.....	18
1.3. REFORMULAÇÃO DO SISTEMA: ULS E EXTINÇÃO DOS ACES.....	18
1.4. CARACTERIZAÇÃO DA USF ONDE DECORREU A PRÁTICA CLÍNICA.....	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	25
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR.....	26
2.2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS.....	30
2.2.1. Intervenção Familiar e Aplicação do MDAIF	35
2.2.2. Instrumentos de Avaliação e Planeamento de Cuidados.....	36
2.2.3. Competências Desenvolvidas.....	36
2.3. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS.....	37
2.4. OUTRAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	38
CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	41
1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	41
1.1. FAMÍLIAS NUMEROSAS: CONCEITO E IMPLICAÇÕES EM SAÚDE.....	42
1.2. COESÃO FAMILIAR.....	43
1.3. ADAPTABILIDADE FAMILIAR.....	43
1.4. PARENTALIDADE.....	44
1.5. CICLO VITAL FAMILIAR.....	44
1.6. FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS EM SAÚDE.....	45
1.7. RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEESF.....	46
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	47
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	48
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
2.4. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	48
2.5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	49
2.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	51
2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	52
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	52
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	52
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	56

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
CONCLUSÃO	69
BIBLIOGRAFIA	71

ANEXOS

ANEXO 1 - Aplicação e cotação da escala PSOC por Nunes, Jiménez, Menéndez, Ayala-Nunes e Hidalgo

ANEXO 2 - Instrumento de colheita de dados Escala FACES III

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Pedido de autorização aos autores da versão Portuguesa da escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III) e da Escala de Competência Parental Percebida (PSOC)

APÊNDICE 2 – Parecer Científico e Autorização Coordenador Unidade de Saúde Familiar (USF)

APÊNDICE 3 - Questionário

APÊNDICE 4 - Informação sobre o estudo e Consentimento Informado

APÊNDICE 5 - Parecer da Comissão de Ética da ULS Coimbra

APÊNDICE 6 - Curriculum Vitae da Investigadora

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no terceiro semestre do segundo ano do III Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (EC), na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), no âmbito das unidades curriculares Prática Clínica de ESF e Estágio com Relatório. Ambos os momentos decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra), sob supervisão clínica de uma enfermeira mestre e especialista em EC na área de ESF (designada Enfermeira Orientadora Cooperante) e sob supervisão pedagógica de um docente.

A Prática Clínica de ESF decorreu entre 18 de abril e 5 de julho de 2024, com uma carga horária de 176 horas. O Estágio com Relatório teve lugar entre 16 de setembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, totalizando 810 horas, das quais 552 horas de contacto e 258h de trabalho autónomo.

A família constitui um espaço privilegiado na vida e na saúde dos seus membros (Figueiredo & Martins, 2010). Considerando o modelo sistémico como paradigma de abordagem, a saúde familiar integra processos de retroalimentação que emergem das transformações na estrutura do sistema, o qual se organiza e desenvolve numa sequência singular (Alarcão, 2002). Reconhecer a família como sistema implica compreender que a saúde envolve tanto o ambiente interno como o externo, destacando as interações e dinâmicas familiares (Hanson, 2005).

A intervenção em saúde familiar potencia ganhos em saúde, favorecendo uma população mais saudável, uma vez que a família promove simultaneamente objetivos individuais e coletivos (Figueiredo, 2023). Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Familiar destaca a família como unidade de cuidados, com foco na promoção da saúde e do bem-estar ao longo do ciclo vital (Hanson, 2005). O enfermeiro de família, pela proximidade com as famílias e pelo conhecimento aprofundado do seu ciclo vital, desempenha um papel central na avaliação e intervenção junto do sistema familiar (Figueiredo, 2023).

De acordo com o Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), este profissional recolhe dados sobre cada família, identifica problemas, formula diagnósticos de enfermagem e planeia intervenções através de um método organizado, dinâmico e sistematizado. Negocia ainda com os diferentes elementos do agregado familiar e mobiliza os recursos comunitários, garantindo que os cuidados contribuem para a estabilidade do sistema familiar.

O Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, reforça que o EEESF deve cuidar da família enquanto unidade e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e das transições, nos diferentes níveis de prevenção. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2015) sublinha que a intervenção do EEESF deve basear-se num pensamento crítico sistematizado, orientado para a avaliação, diagnóstico, planeamento e intervenção, de modo a promover o equilíbrio dinâmico e o funcionamento efetivo do sistema familiar.

A elaboração deste relatório teve como objetivo analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo da prática clínica e estágio, assim como sobre o processo de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESF. A metodologia incluiu a consulta de documentos da USF (Regulamento Interno, Carta de Qualidade, Relatório de Atividades, Manual de Acolhimento e Manual de Procedimentos), bem como a análise de plataformas de monitorização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente o Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP) e o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), em articulação com a equipa da USF, sobretudo com a Enfermeira Orientadora Cooperante.

Paralelamente, este relatório tem como objetivo, apresentar um estudo de investigação intitulado “Coesão e Adaptabilidade em Famílias Numerosas”, cuja escolha resultou da identificação de necessidades específicas em famílias avaliadas durante a prática clínica. A experiência prática revelou-se, assim, catalisadora da investigação, pretendendo este estudo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem dirigidos a famílias numerosas.

Segundo a Associação Portuguesa de Famílias Numerosas (APFN, 2024), considera-se família numerosa aquela que contribui para que a média nacional de filhos por casal seja superior a dois, integrando três ou mais dependentes (filhos, adotados, enteados, afilhados civis ou equivalentes) com menos de 25 anos e sem rendimentos próprios.

De acordo com os Censos 2021, existiam 3.127.714 núcleos familiares, dos quais 44.455 correspondiam a casais com três ou mais filhos, 454 a pais com três ou mais filhos e 6.361 a mães com três ou mais filhos. Assim, as famílias numerosas representavam 4,8% do total de famílias em Portugal, sendo responsáveis por acolher cerca de 16% das crianças e jovens.

O relatório estrutura-se em dois capítulos:

1. Componente Clínica – caracterização do contexto de estágio, análise crítica das atividades desenvolvidas e reflexão sobre o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, comuns do EE e específicas do EEESF.
2. Componente de Investigação – identificação do problema de investigação, procedimentos metodológicos, apresentação e discussão dos resultados.

Por fim, apresenta-se a conclusão, que integra a reflexão sobre a unidade curricular, destacando os principais contributos e desafios experienciados, articulando-os com o desenvolvimento de competências.

Este relatório foi elaborado de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos e as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio da ESEnfC, bem como com os Guias Orientadores das Unidades Curriculares referidas.

CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA

Os períodos de estágio constituem uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento e aquisição de competências, orientados pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Ao longo da prática clínica, o enfermeiro atravessa um processo de transformação pessoal e profissional, que implica reflexão crítica permanente.

Neste capítulo, descrevem-se as atividades realizadas, a caracterização da lista de utentes da equipa de saúde familiar, os processos de cuidados dirigidos às famílias e os indicadores de saúde alcançados, todos eles contribuintes para o desenvolvimento das Competências Comuns do EE e das Competências Específicas do EEESF.

A primeira parte integra a componente clínica, compreendendo a caracterização do contexto de estágio, nomeadamente da USF onde decorreu a prática clínica, com descrição detalhada do seu funcionamento.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O espaço do Contexto Clínico funciona como um ambiente privilegiado para concretizar atividades que promovem o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, ao favorecer a construção de uma parceria entre enfermeiros e garantir um processo de aprendizagem ativo e contínuo.

1.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, através do Decreto-Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, com o objetivo de garantir o acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados curativos. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) consolidou este direito, estabelecendo os princípios estruturantes do SNS e promovendo a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Durante o XVII Governo Constitucional (2005-2009), num contexto social marcado por elevadas taxas de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce e baixos níveis de literacia, foi promovida a reforma dos CSP, orientada para a obtenção de *ganhos em saúde* (Ministério da Saúde, 2007). Esta reforma assentou na reorganização funcional dos centros de saúde, na criação das USF e na constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde

(ACES), conferindo uma nova dinâmica às equipas multiprofissionais e à governação clínica (Biscaia & Heleno, 2017).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 instituiu o Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (GMCSP), com a missão de conduzir e monitorizar a implementação das USF. Em 2006, este grupo destacou a ESF como área prioritária e essencial à nova organização dos CSP, promovendo a autonomia funcional das equipas (Ministério da Saúde, 2006).

1.2. LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DAS USF E MODELOS ORGANIZACIONAIS

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabeleceu o regime jurídico das USF, definindo o modelo de funcionamento e os incentivos atribuídos aos profissionais. De acordo com este diploma, a cada médico é atribuída uma lista de cerca de 1550 utentes, e a cada enfermeiro entre 300 a 400 famílias por área geográfica.

A Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, aprovou a carteira básica de serviços das USF, que contempla o acompanhamento ao longo do ciclo vital, a vigilância da saúde, a prevenção da doença e os cuidados em situação aguda e crónica.

O Despacho n.º 24 101/2007 apresentou os critérios de classificação das USF em Modelos A, B e C, em função do grau de autonomia organizacional, do modelo retributivo e de financiamento. Paralelamente, foram definidos indicadores de desempenho (Ministério da Saúde, 2006) nas dimensões de disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, regulamentou a criação dos ACES, conferindo-lhes autonomia administrativa e integrando diversas unidades funcionais: USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Estas estruturas visaram garantir cuidados de proximidade e promover a articulação em rede dos serviços de saúde.

1.3. REFORMULAÇÃO DO SISTEMA: ULS E EXTINÇÃO DOS ACES

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, instituiu as Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando ACES, hospitais e centros hospitalares, com o objetivo de assegurar gestão integrada e centrada no utente. Esta reorganização pretende aumentar a eficiência e o acesso, reforçando a proximidade, a articulação entre os níveis de cuidados e a participação

dos municípios e comunidades na definição das respostas em saúde. Neste âmbito, o ACES Baixo Mondego foi integrado na ULS Coimbra.

O Decreto-Lei n.º 103/2023 reforçou o papel central dos CSP no SNS, estabelecendo que as USF devem assegurar cuidados personalizados, com foco na acessibilidade, continuidade, globalidade e qualidade ao longo do ciclo vital. Este diploma introduziu ainda a obrigatoriedade do título de especialista em ESF para integração nas USF, bem como novos critérios para a constituição das listas de utentes, baseados em unidades ponderadas.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DA USF ONDE DECORREU A PRÁTICA CLÍNICA

A USF onde decorreu a prática clínica de ESF será doravante designada apenas como USF, para salvaguarda do anonimato institucional, em conformidade com o disposto no Artigo 106.º do Código Deontológico da OE.

Localizada na zona urbana do município de Coimbra, a USF iniciou atividade em 1 de dezembro de 2015 e integra a Coimbra. De acordo com o Manual de Acolhimento da unidade, a equipa é composta por seis médicos, seis enfermeiros e quatro assistentes técnicos. A área de abrangência corresponde a três freguesias do concelho.

A sua estrutura organizacional permite uma resposta eficaz às necessidades da população inscrita, promovendo cuidados de proximidade, personalizados e centrados no utente e na família.

O Centro de Saúde onde se insere a USF integra diversas Unidades Funcionais (UF), nomeadamente duas outras USF, uma UCC e uma URAP, promovendo entre si uma articulação eficaz e colaborativa. Estas unidades cooperam ainda com outras UF da ULS Coimbra, partilhando espaços comuns, como o refeitório/bar, a sala de reuniões e a biblioteca (Regulamento Interno da USF, 2022).

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar responsável pela prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, sobretudo em contexto domiciliário e comunitário. A sua intervenção incide particularmente sobre pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de risco acrescido, com dependência física ou funcional, ou com necessidades de acompanhamento próximo. Já a URAP assume funções de apoio técnico e consultoria às diversas unidades funcionais, bem como de articulação entre os cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares (Ramalho, 2021).

A estrutura interna da USF é composta por três órgãos principais: a Coordenadora da Unidade, o Conselho Geral (CG) e o Conselho Técnico (CT).

A Coordenadora da USF é eleita, por votação secreta, entre todos os membros da equipa reunidos em CG, para um mandato de três anos. As suas competências estão definidas no Decreto-Lei n.º 298/2007, incluindo as atribuídas ao titular de cargo de direção intermédia do 1.º grau, podendo ainda ser objeto de delegação ou subdelegação.

O CG, conforme estipulado no mesmo diploma legal, integra todos os profissionais da equipa, reunindo ordinariamente de forma trimestral ou, extraordinariamente, por convocatória da coordenadora ou de pelo menos metade dos seus membros. A convocatória deve ser enviada por e-mail institucional com uma antecedência mínima de 48 horas e acompanhada da ordem de trabalhos. As deliberações têm caráter vinculativo quando aprovadas por dois terços dos elementos presentes. Para matérias setoriais, a decisão cabe ao grupo profissional específico, devendo posteriormente ser validada em CG.

O CT é composto por uma médica, uma enfermeira e uma assistente técnica, eleitas entre os pares. Estes profissionais devem, preferencialmente, deter qualificação académica e experiência consolidada em cuidados de saúde primários, exercendo funções de natureza técnico-científica, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 298/2007.

A USF adota o modelo organizacional B, atribuído, segundo o Despacho n.º 24.101/2007, a equipas com maior maturidade organizacional, prática consolidada de trabalho em equipa, aceitação de metas exigentes de contratualização e participação no processo de acreditação. Este modelo prevê ainda um regime retributivo especial, que inclui remuneração base, suplementos e incentivos associados ao desempenho.

No âmbito deste modelo, os utentes podem inscrever-se livremente na unidade, independentemente da sua área de residência. Todavia, a prestação de cuidados domiciliários a utentes fora da área de abrangência deve ser articulada com a unidade de saúde mais próxima, conforme estabelecido no Manual de Articulação, sendo esta informação transmitida aquando do ato de inscrição.

A contratualização constitui um eixo estruturante no funcionamento das USF modelo B, desenvolvendo-se em quatro fases interdependentes: preparação, negociação, monitorização e avaliação, todas orientadas para a melhoria contínua da qualidade. A negociação contratual baseia-se nas metas definidas pelo Plano Nacional de Saúde e traduz-se, para os profissionais, na atribuição de incentivos institucionais e financeiros, de acordo com o Índice de Desempenho da Equipa (IDE) e outros critérios previstos nas Portarias n.º 411-A/2023 e 454-A/2023.

A USF participa ativamente no processo de contratualização interna com a ULS, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 103/2023. Compete ao CG aprovar a Carta de Compromisso e

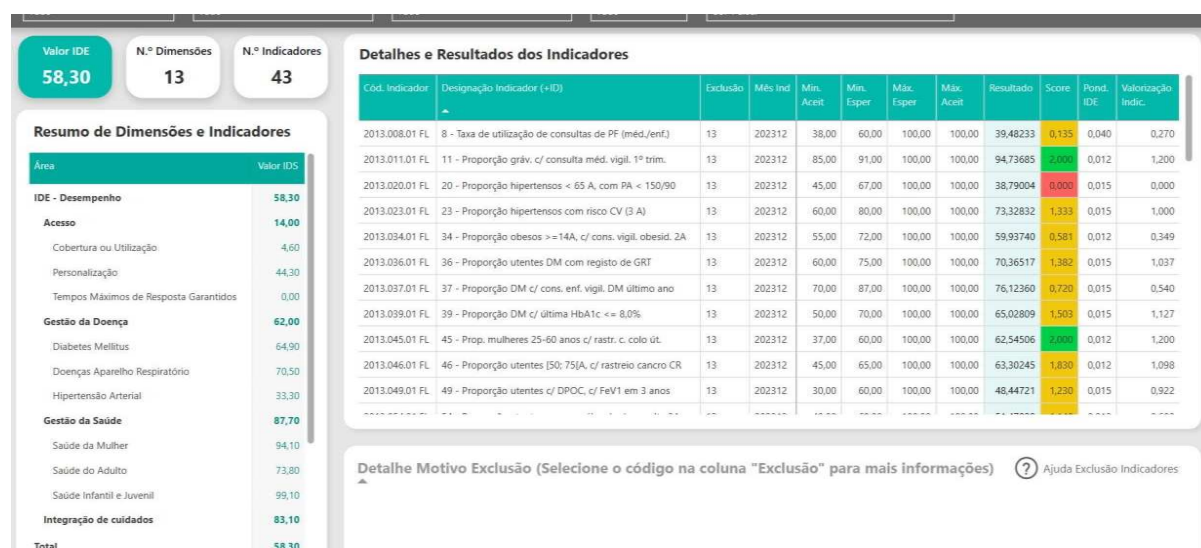
indicar os elementos da equipa negociadora, sendo a representação externa assegurada pela coordenadora, com possibilidade de delegação.

De acordo com o artigo 3.º da Portaria n.º 411-A/2023, a unidade deve negociar com a ULS seis indicadores de melhoria contínua, abrangendo áreas como acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição e integração de cuidados, num horizonte temporal de três anos. Acresce a obrigatoriedade de avaliar a satisfação dos utentes e dos profissionais, com uma ponderação de 20% cada no cálculo global do desempenho.

Com base nos dados do *Business Intelligence* para os Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), relativos a dezembro de 2024, a USF obteve um IDE de 81,80, valor próximo da média das USF da ULS Coimbra. A análise por áreas do Índice de Desempenho Setorial (IDS) revelou: Acesso – 74,9; Gestão da Doença – 100; Gestão da Saúde – 94,6; Integração de Cuidados – 100; e Qualidade da Prescrição – 37,6.

Figura 1

Índice de Desempenho da Equipa- Unidades Funcionais



Fonte: BI CSP acedido em janeiro 2025

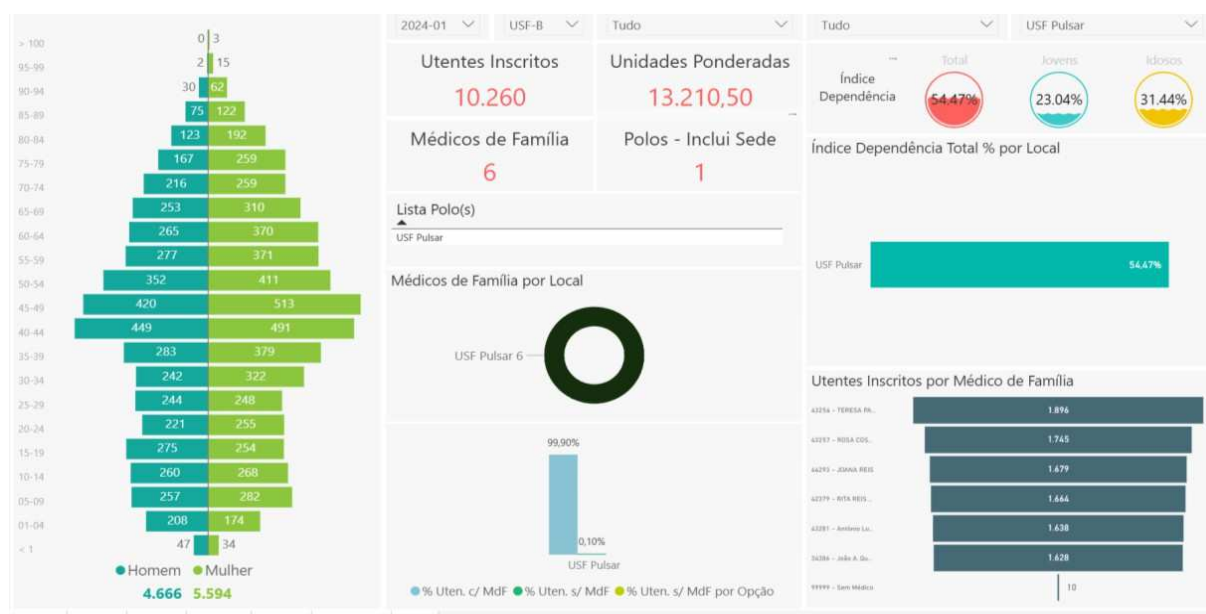
Segundo o Registo Nacional de Utentes (RNU) e o BI-CSP, a população inscrita é de 10.260 utentes, correspondendo a 13.210,50 Unidades Ponderadas (UP). A utilização das UP permite ajustar o peso relativo de cada utente, considerando idade, sexo, condição de saúde e outros fatores determinantes do consumo de cuidados, possibilitando uma análise equitativa da carga assistencial.

A análise demográfica, sustentada na pirâmide etária (BI-CSP, dezembro de 2024), evidencia um índice de dependência total de 54,47%, composto por um índice de dependência de jovens (0–14 anos) de 23,04% e de idosos (≥65 anos) de 31,44%. Estes valores traduzem uma estrutura populacional envelhecida e um equilíbrio frágil entre gerações, constituindo um desafio para a sustentabilidade dos cuidados de saúde comunitários.

Este perfil etário reflete, em parte, os efeitos dos movimentos migratórios registados nas últimas décadas. De acordo com a Pordata (2022), em 2020 residiam em Portugal cerca de 800 mil cidadãos estrangeiros, o dobro do registado dez anos antes. Entre estes, um em cada três encontrava-se em risco de pobreza e, nos últimos 15 anos, mais de meio milhão obteve nacionalidade portuguesa. Esta realidade contribui para a heterogeneidade sociocultural da população e explica, em parte, a coexistência de núcleos familiares jovens com filhos e de uma população nacional maioritariamente envelhecida.

Figura 2

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF



Fonte: BI CSP acedido em janeiro 2025

Perante este cenário, as equipas de saúde familiar enfrentam a necessidade de adotar uma abordagem sensível à diversidade sociocultural, às desigualdades sociais e às necessidades específicas de diferentes grupos populacionais, particularmente no que respeita à literacia em saúde e à acessibilidade aos cuidados. A gestão integrada da saúde ao longo do ciclo vital, a

vigilância em saúde infantil e o acompanhamento de situações de dependência ou isolamento social assumem especial relevância.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, o cálculo das dotações seguras em cuidados de enfermagem, no contexto dos cuidados de saúde primários, estabelece como limite máximo por enfermeiro de família 1.550 utentes ou 350 famílias, por área geográfica.

As alterações sociodemográficas verificadas em Portugal têm contribuído para o surgimento de novas necessidades em saúde, exigindo respostas diferenciadas dos profissionais (Figueiredo, 2023). Neste sentido, Stanhope (2011) sublinha que a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, tem vindo a sofrer transformações profundas ao nível da sua estrutura, funções, desenvolvimento e interações, quer internas, quer com a comunidade.

A USF em análise integra seis equipas nucleares de saúde familiar, cada uma composta por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico, sendo cada equipa responsável por uma lista própria de utentes e famílias. O compromisso assistencial contempla ainda a intersubstituição entre profissionais, assegurando a continuidade dos cuidados em situações de ausência, conforme estipulado na Carta de Qualidade (documento ocultado por confidencialidade ao abrigo do RGPD).

O sistema de informação utilizado é o SClínico, apoiado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que permite uma abordagem holística e sistematizada à família, considerando as suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012).

Fisicamente, a unidade está distribuída por três módulos, cada um albergando duas equipas nucleares. Cada módulo integra dois gabinetes de enfermagem, dois gabinetes médicos, um gabinete polivalente, um gabinete de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) e uma sala de tratamentos. A infraestrutura do Centro de Saúde dispõe ainda de refeitório, bar, sala de reuniões e biblioteca, espaços comuns a todas as UF.

A USF assegura uma Carteira Básica de Serviços, no âmbito do seu compromisso assistencial, que inclui consultas de promoção e vigilância da saúde (Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da Mulher, nomeadamente consultas de planeamento familiar e saúde materna; e SIJ). Garante ainda o acompanhamento de utentes com doenças crónicas, como hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), insuficiência cardíaca e doenças respiratórias, quer na unidade, quer no domicílio, sempre que este se situe na sua área de influência e se trate de situações de dependência.

Adicionalmente, assegura a execução do Programa Nacional de Vacinação (PNV), a prestação de cuidados de enfermagem continuados e a articulação com a URAP, através de

referenciação interna, conforme regulamentado (Regulamento Interno e Carta de Qualidade da USF, documentos ocultados ao abrigo do RGPD).

A contratualização com os cuidados de saúde primários representa um compromisso formal e social entre profissionais e comunidade, orientado para a obtenção de ganhos em saúde e a melhoria contínua do desempenho organizacional. Esta contratualização, operacionalizada entre os ACES e as USF, baseia-se numa matriz multidimensional que contempla serviços, qualidade organizacional, formação e atividade científica. O desempenho é monitorizado através de indicadores, sendo o Índice de Desempenho Global (IDG) o principal referencial de monitorização e melhoria.

Entre os constrangimentos ao desempenho da unidade, destaca-se a existência de uma bolsa significativa de utentes com inscrição ativa, mas sem contacto efetivo com a unidade – os denominados “não frequentadores”. Frequentemente correspondem a famílias migrantes ou em situação de residência temporária, que não procedem ao cancelamento da inscrição quando regressam ao país de origem, permanecendo assim elegíveis para efeitos de monitorização. Esta realidade dificulta o cumprimento de metas contratualizadas, como taxas de cobertura vacinal, proporção de consultas realizadas e adesão a rastreios.

Adicionalmente, a ausência prolongada de uma médica por motivos de saúde comprometeu, durante um período, a resposta assistencial à sua lista de utentes e impactou os resultados da unidade, originando a redistribuição temporária de utentes. Este constrangimento encontra-se atualmente ultrapassado, com a recomposição da equipa nuclear e a normalização da atividade assistencial (BI CSP, 2025).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A prática clínica desenvolvida no âmbito do estágio em ESF teve como base um conjunto de modelos teóricos e instrumentos validados que conferem sustentação científica à intervenção do enfermeiro especialista junto da família. Neste enquadramento, as atividades foram orientadas pela adoção de uma abordagem sistémica, promovendo cuidados centrados na unidade familiar, considerada simultaneamente alvo e parceira no processo de cuidados.

A compreensão da família como sistema dinâmico e interdependente foi sustentada pelos contributos da Teoria Geral dos Sistemas, da Cibernética e das Teorias da Comunicação Humana. A Teoria Geral dos Sistemas permite entender a família como uma entidade composta por diferentes subsistemas que interagem e influenciam-se mutuamente. A Cibernética possibilita a análise dos mecanismos de adaptação e retroalimentação da família ao longo do tempo, enquanto as Teorias da Comunicação salientam a relevância da comunicação verbal e não verbal no seio familiar, determinante para o equilíbrio e a coesão, influenciando a tomada de decisão, os papéis desempenhados e as respostas a eventos de saúde e doença.

A partir destes pressupostos emergem diversos modelos de avaliação e intervenção amplamente reconhecidos na prática da ESF, como o Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar, o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar e os Modelos de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. Todos partilham a conceção da família como sistema aberto, influenciado por fatores internos e externos, valorizando a sua participação ativa no processo terapêutico.

Entre estes, assume particular relevância o MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2009), validado em contexto nacional e atualmente operacionalizado no sistema informático SClínico, constituindo-se como instrumento de referência na prática clínica dos cuidados de saúde primários. O MDAIF estrutura a avaliação familiar em três dimensões interrelacionadas: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural contempla variáveis como rendimento familiar, habitação, segurança, abastecimento de água e presença de animais de companhia, permitindo compreender as condições contextuais da família. A dimensão de desenvolvimento considera o ciclo vital familiar e as suas tarefas específicas, avaliando aspetos como a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o exercício da parentalidade, possibilitando a definição de cuidados antecipatórios orientados para transições previsíveis. Por sua vez, a dimensão funcional avalia os níveis de interação familiar e o desempenho das funções, distinguindo uma vertente instrumental (atividades quotidianas, definição de papéis, designadamente o papel do prestador de cuidados) e uma vertente expressiva (comunicação, coping, interações relacionais, dinâmicas de papéis e

crenças familiares). Esta abordagem possibilita compreender a complexidade das dinâmicas familiares e orientar intervenções adaptadas às necessidades.

A Teoria das Transições, de Meleis (2012), assumiu igualmente um papel central na compreensão das mudanças experienciadas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo de vida. Esta teoria distingue quatro tipos de transições: desenvolvimentais (nascimento de um filho, envelhecimento), situacionais (perda de emprego), saúde-doença (diagnóstico de doença crónica) e organizacionais (alteração de funções no contexto familiar ou profissional). A sua aplicação na prática possibilitou a identificação precoce de processos de transição, permitindo ao enfermeiro atuar como facilitador, promovendo uma adaptação saudável e minimizando o impacto negativo sobre as famílias.

Outro conceito transversal à prática foi o das forças familiares, segundo Gottlieb (2016), compreendidas como recursos, competências, atitudes, capacidades ou atributos que a família possui ou pode desenvolver, representando potenciais facilitadores no enfrentamento de adversidades. A identificação e valorização destas forças permitiram delinear intervenções mais eficazes, centradas nas competências e nos recursos existentes, promovendo autonomia, resiliência e capacitação familiar. Tal como sublinha Figueiredo (2012), a identificação das forças familiares deve constituir parte integrante do planeamento de cuidados, reforçando uma abordagem centrada nas potencialidades da família em detrimento de uma perspetiva exclusivamente baseada nos défices.

Deste modo, todas as atividades desenvolvidas no estágio foram orientadas por estes referenciais teóricos, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção da doença, a gestão da doença crónica, a capacitação familiar e o apoio em processos de transição, sempre numa perspetiva sistémica que valoriza a família enquanto unidade de cuidados. A sua aplicação traduziu-se numa prática clínica reflexiva, fundamentada e ajustada às necessidades reais das famílias acompanhadas.

2.1. CARATERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

A caracterização sistemática da população inscrita numa Equipa de Saúde Familiar constitui etapa fundamental no planeamento dos cuidados, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde. Este processo permite à equipa de enfermagem conhecer a composição sociodemográfica da sua população-alvo, identificar grupos vulneráveis, estabelecer prioridades de intervenção e implementar estratégias ajustadas às necessidades específicas dos utentes e das famílias.

A informação recolhida no âmbito do Programa de Saúde Familiar (PSF) reflete um processo dinâmico e contínuo, constituindo instrumento essencial para a visibilidade e valorização do

papel do enfermeiro especialista em saúde familiar. As constantes transformações das famílias, decorrentes de transições desenvolvimentais, situacionais ou saúde-doença, exigem vigilância ativa, baseada em dados atualizados e rigorosos.

No contexto do estágio, realizou-se uma análise exaustiva do ficheiro de utentes da equipa nuclear, composta por 1669 utentes. Procedeu-se à caracterização de 658 famílias, considerando o tipo e o ciclo vital familiar, com especial enfoque nas famílias nucleares. Este número ultrapassa o limite máximo recomendado pela OE, que estabelece como referência segura o acompanhamento de até 350 famílias por enfermeiro de família (Reg n.º 743/2019, de 25 de setembro).

A análise evidenciou uma diversidade significativa de tipologias familiares, refletindo fenómenos contemporâneos como o envelhecimento populacional, a emigração e imigração, a monoparentalidade e as reconfigurações conjugais. A classificação das famílias segundo as fases de transição propostas por Duval (1957) permitiu identificar momentos críticos do ciclo vital, orientando a intervenção do enfermeiro para cuidados antecipatórios adequados a cada etapa.

A sobrecarga da lista de utentes desta equipa evidencia desafios organizacionais e assistenciais, impondo uma gestão eficiente do tempo e dos recursos disponíveis, de modo a não comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a caracterização do ficheiro de utentes não se limita a um exercício técnico de diagnóstico populacional, mas constitui igualmente um instrumento estratégico de planeamento, monitorização e tomada de decisão clínica no âmbito dos cuidados de proximidade.

A caracterização da população adstrita a uma Equipa de Saúde Familiar constitui uma etapa essencial no planeamento e na prestação de cuidados personalizados e centrados na família, permitindo a definição de prioridades de intervenção, a identificação de fatores de vulnerabilidade e a monitorização de indicadores relevantes. Esta análise assume particular relevância em ESF, uma vez que as intervenções devem estar ajustadas à composição, estrutura e ciclo de vida das famílias acompanhadas.

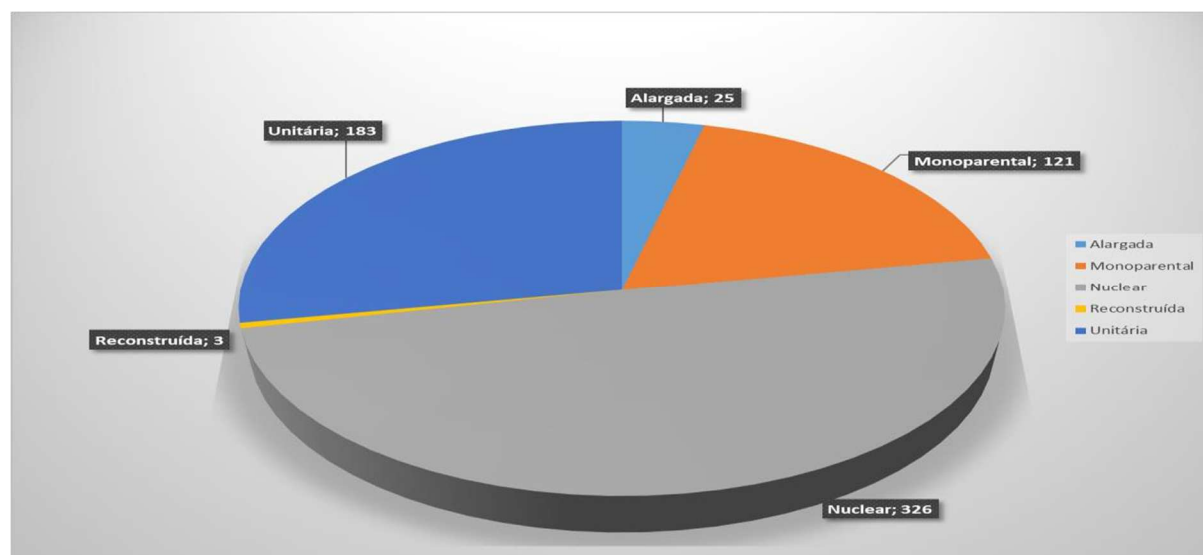
No âmbito da prática clínica, procedeu-se à análise detalhada do ficheiro de utentes da equipa nuclear, composta por 1703 indivíduos distribuídos por 675 famílias. Este número excede o valor de referência estabelecido pela OE (Reg n.º 743/2019), que recomenda como dotação segura o acompanhamento máximo de 350 famílias por enfermeiro de família. A sobre dimensão da lista traduz-se em implicações diretas na carga assistencial, na organização dos cuidados e na eficácia da resposta da equipa multidisciplinar.

A análise da tipologia familiar revelou a predominância das famílias nucleares (n=326), seguidas das famílias unitárias (n=183) e monoparentais (n=121). Em menor proporção

encontraram-se as famílias alargadas (n=25) e as reconstruídas (n=3). Esta diversidade reflete fenómenos socioculturais contemporâneos, como o envelhecimento populacional, a mobilidade geográfica e as novas configurações conjugais e parentais.

Figura 3

Gráfico de classificação das famílias inscritas no ficheiro da Equipa Nuclear

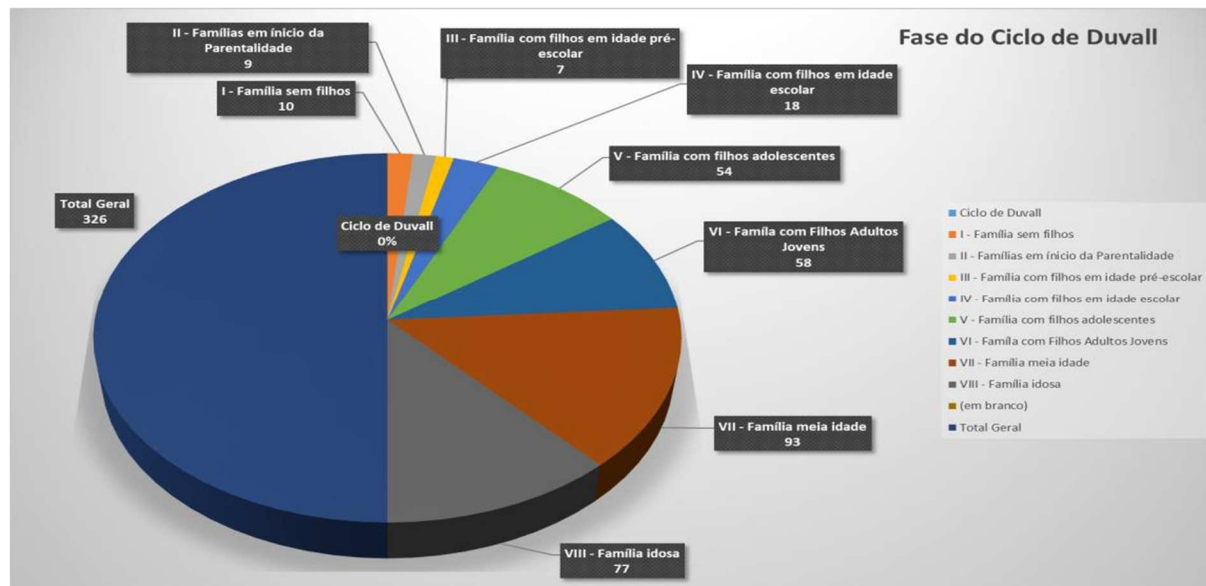


Fonte: SClínico, acedido em dezembro 2024

Relativamente ao ciclo vital familiar, utilizou-se a classificação disponível no SClínico (Classificação de Duvall), observou-se uma distribuição heterogénea entre as diferentes etapas de desenvolvimento. A maioria das famílias nucleares encontra-se em fases mais avançadas do ciclo, destacando-se as famílias de meia-idade (n=93) e idosas (n=77), o que traduz o envelhecimento populacional em curso. Seguem-se famílias com filhos adultos jovens (n= 58), adolescentes (n= 54), em idade escolar (n=18), sem filhos (n=10), em início de parentalidade (n=9) e, por fim, famílias com filhos em idade pré-escolar (n=7). Este padrão evidencia uma base reduzida de famílias jovens e o predomínio de núcleos em transições tardias, o que deve orientar a intervenção para cuidados antecipatórios, vigilância de saúde e gestão de doenças crónicas.

Figura 4

Gráfico de classificação segundo Fase do Ciclo de Duvall das famílias nucleares inscritas no ficheiro da Equipa Nuclear



Fonte: SClinico, acedido em dezembro 2024

A caracterização etária e por sexo dos utentes inscritos, segundo dados da plataforma MIM@UF (2023), demonstrou uma ligeira predominância do sexo feminino ($n=940$; 55%) face ao masculino ($n=765$; 45%), em consonância com a pirâmide etária nacional. A maioria da população ($n=1291$; 76%) encontra-se na faixa dos 5 aos 64 anos. Os utentes com 65 ou mais anos representam 22% ($n=371$), enquanto os menores de 5 anos constituem apenas 3% ($n=43$). A faixa etária mais representativa corresponde aos 40-59 anos ($n=559$), refletindo uma população maioritariamente adulta e em idade ativa.

As pirâmides etárias construídas com base nestes dados apresentam uma base estreita e um topo alargado, padrão característico de populações envelhecidas em países desenvolvidos. Este fenómeno resulta da conjugação de fatores como a baixa taxa de natalidade, o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade, associados a determinantes estruturais como o acesso generalizado à educação e à saúde, as políticas de planeamento familiar, a emancipação feminina e a insuficiência das políticas de apoio à natalidade.

A composição demográfica da lista de utentes permite antecipar desafios em saúde, nomeadamente na gestão das doenças crónicas, no acompanhamento do envelhecimento ativo, na vigilância da saúde da mulher e da criança e na intervenção junto de agregados em situação de vulnerabilidade acrescida. A caracterização populacional detalhada constitui, assim, uma ferramenta de suporte à decisão clínica, ao planeamento estratégico e à

contratualização de metas e indicadores de saúde, refletindo a complexidade e a exigência dos cuidados prestados no âmbito dos CSP.

No contexto das USF, os enfermeiros assumem um papel central na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, com foco na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da cronicidade. Através das consultas de enfermagem, realizam a identificação sistemática de diagnósticos de enfermagem, a prescrição de intervenções e a implementação de planos de cuidados adaptados às necessidades identificadas.

A prática clínica organiza-se em torno do Processo de Enfermagem, entendido como um método estruturado, dinâmico e cíclico de tomada de decisão clínica. Este processo fundamenta-se na recolha rigorosa de dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos, permitindo a avaliação contínua da condição de saúde dos utentes e a prestação de cuidados individualizados e centrados na família.

Neste enquadramento, a avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem constitui um indicador fundamental da efetividade da prática profissional, sendo igualmente uma dimensão estruturante da qualidade assistencial e da responsabilização ética e científica do enfermeiro (Melo, 2021).

No contexto das USF, os enfermeiros assumem um papel central na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos e das famílias, atuando na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da cronicidade. Através da realização de consultas de enfermagem, procedem à identificação sistemática de diagnósticos de enfermagem, à prescrição de intervenções e à implementação de planos de cuidados ajustados às necessidades identificadas. A prática clínica é orientada pelo Processo de Enfermagem, que constitui um método estruturado e dinâmico de tomada de decisão, sustentado na colheita rigorosa de dados sociodemográficos, clínicos e antropométricos, permitindo a avaliação contínua da condição de saúde dos utentes e a prestação de cuidados individualizados e centrados na família. Neste contexto, a avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem revela-se fundamental, não apenas como indicador da efetividade da intervenção, mas também como dimensão essencial da qualidade assistencial e da responsabilização profissional (Melo, 2021).

2.2. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS

Durante a componente letiva do III Curso de Mestrado em EC na área de ESF e ao longo do estágio, foi possível desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de ESF, em consonância com os objetivos individuais, o plano curricular da ESEnfC, as

competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e as competências específicas do EEESF (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

O desenvolvimento destas competências contou com o contributo essencial da equipa da USF, cuja disponibilidade e integração ativa foram determinantes para a consolidação de aprendizagens. O domínio das quatro áreas fundamentais — responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens — constituiu a base para a progressão formativa da mestranda.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, respeitaram-se os direitos humanos, garantindo o acesso à informação, a confidencialidade, a privacidade, a segurança da informação recolhida e o respeito pelos valores e crenças das famílias. Estes princípios encontram-se consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), reforçando a exigência de uma conduta ética e responsável por parte dos profissionais de enfermagem. Todas as Consultas de Enfermagem (CE) realizadas incluíram a obtenção de consentimento informado, explícito e esclarecido, constituindo este o alicerce de uma relação terapêutica sólida entre enfermeiro e família. A mestranda considera, assim, que atuou de forma ética e responsável, respeitando os princípios profissionais e os direitos dos cidadãos.

Na vertente da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista assume um papel preponderante na implementação de cuidados padronizados, baseados em evidência científica e alinhados com os princípios de efetividade, eficiência, equidade, segurança, acesso, adequação e continuidade. A atualização permanente de conhecimentos e a partilha com a equipa permitiram à mestranda colaborar na elaboração e dinamização de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQ), promovendo um ambiente terapêutico seguro e reforçando as boas práticas assistenciais. A formação externa, acompanhada da disseminação interna do conhecimento adquirido, fomentou uma cultura de aprendizagem e desenvolvimento profissional no seio da equipa.

Relativamente à gestão de cuidados, destaca-se o papel do enfermeiro especialista na articulação com a equipa multidisciplinar e na otimização dos recursos disponíveis. Uma gestão eficiente implica a avaliação rigorosa das necessidades da família e a adequação de recursos humanos, materiais e infraestruturais, garantindo a segurança e a qualidade da prestação de cuidados. A proximidade da mestranda com o CT da USF permitiu-lhe compreender profundamente a gestão de recursos humanos, assumindo, em várias situações clínicas, o papel de gestora de caso.

A área do desenvolvimento de aprendizagens exige um compromisso permanente com a formação contínua e a prática baseada na evidência. A mestranda demonstrou motivação e

proatividade na aquisição de novos conhecimentos, competências e atitudes, contribuindo para a construção da sua identidade profissional. A partilha do saber com colegas e equipa foi essencial para o enriquecimento coletivo e para a consolidação de uma cultura de aprendizagem colaborativa.

No que se refere às competências específicas do EEESF, definidas no Regulamento n.º 428/2018, destaca-se a capacidade de cuidar da família enquanto unidade de cuidados, considerando cada membro ao longo do ciclo vital e os diferentes níveis de prevenção. A mestranda adaptou os cuidados prestados às necessidades e especificidades de cada família, respeitando sempre a sua singularidade e contexto. Utilizou o MDAIF, tendo em conta a etapa do ciclo vital e as transições familiares, permitindo uma avaliação cuidada e intervenções adequadas. O contacto com as famílias e a articulação com a equipa multidisciplinar possibilitaram a aplicação prática de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de intervenções especializadas, nomeadamente:

- Estabelecimento de relações terapêuticas com as famílias para promoção da saúde e prevenção de situações complexas;
- Intervenções eficazes para facilitar a adaptação da família a situações de transição e crise;
- Colheita de dados clínicos e sociais com recurso a instrumentos de avaliação familiar (MDAIF, genograma, ecomapa, Escala de Graffar Adaptada, Escala FACES III Adaptada e Escala de Competências Parentais);
- Implementação de práticas baseadas na evidência científica.

O EEESF deve também assumir o papel de gestor de caso, articulando-se com a equipa multidisciplinar e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados. A continuidade dos cuidados em CSP facilita o desenvolvimento de relações terapêuticas com as famílias, mesmo num contexto de prática clínica supervisionada. A aplicação do MDAIF e das competências específicas permitiu a obtenção de ganhos efetivos em saúde familiar. Todos os registos foram efetuados no PSF, integrado no sistema de informação SClinico, assegurando a rastreabilidade e visibilidade das intervenções.

Durante o estágio, a mestranda realizou autonomamente diversas tipologias de consulta, nomeadamente: Saúde da Mulher (Planeamento Familiar, Saúde Materna, Revisão do Puerpério e Rastreio do Cancro do Colo do Útero); Comorbilidades (DM, HTA, Hipocoagulados, Patologia Respiratória); SIJ (recém-nascido, criança, adolescente), assegurando o cumprimento do PNV. Estas consultas permitiram o contacto direto com as famílias e a implementação de intervenções com ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Enquadrada na competência específica “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Reg. n.º 428/2018), a mestranda assumiu a gestão do processo clínico do utente, envolvendo a equipa multidisciplinar sempre que necessário. A sua participação na elaboração de PMCQ responde também à competência comum no domínio da “Melhoria contínua da qualidade” (Reg. n.º 140/2019), contribuindo para um ambiente de cuidados mais seguro e eficaz.

O ciclo vital da família constitui-se como uma sequência de etapas previsíveis, marcadas por mudanças no funcionamento interno e na organização familiar, decorrentes de transições normativas. Estas etapas estão associadas a tarefas específicas que sustentam a adaptação funcional da família às exigências do seu desenvolvimento. Internamente, a família promove a proteção e o desenvolvimento dos seus membros; externamente, assegura a socialização, a transmissão de valores e a integração cultural (Relvas, 2006). Neste processo, emergem duas tarefas essenciais: a criação de um sentimento de pertença e coesão grupal e, simultaneamente, a promoção da individuação e autonomia de cada elemento.

O sistema de informação SClinico adota como referencial teórico os estádios do ciclo vital definidos por Duvall, que descreve oito etapas sucessivas aplicáveis a famílias nucleares, iniciando-se com a formação do casal e progredindo com o nascimento do primeiro filho. Este momento implica uma reestruturação significativa da dinâmica relacional, que se intensifica com o nascimento de filhos subsequentes. Apesar da linearidade da descrição, na prática observa-se sobreposição e coexistência de diferentes níveis de desenvolvimento. A transição entre etapas não pressupõe a conclusão plena das tarefas da fase anterior, sendo estas frequentemente retomadas ou reavaliadas consoante o contexto e as necessidades familiares (Figueiredo, 2012).

Das famílias avaliadas ao longo da prática clínica, 50 famílias nucleares foram categorizadas segundo o modelo do Ciclo Vital Familiar de Duvall, identificando a etapa de desenvolvimento de cada uma e as tarefas evolutivas essenciais para a adaptação funcional. A distribuição observada foi a seguinte:

Assim, observou-se a seguinte distribuição:

3 famílias encontravam-se no *Estádio I – Família sem filhos*, onde se destaca a necessidade de desenvolvimento satisfatório de um processo de acomodação mútua nas rotinas quotidianas e na construção da identidade do casal.

4 famílias foram identificadas no *Estádio II – Famílias com filhos pequenos* (nascimento até aos 3 anos), estágio que exige uma reorganização dos papéis e uma redefinição de fronteiras com maior abertura às famílias de origem e à comunidade.

6 famílias situavam-se no *Estádio III – Famílias com filhos em idade pré-escolar* (até à entrada na escola), etapa que requer redistribuição dos papéis conjugais e maior envolvimento nas tarefas parentais.

5 famílias estavam no *Estádio IV – Famílias com filhos em idade escolar* (até à adolescência), momento em que se intensifica a complexidade da parentalidade, exigindo reajustes na dinâmica familiar e no equilíbrio entre as responsabilidades conjugais e parentais.

10 famílias correspondiam ao *Estádio V – Famílias com filhos adolescentes* (da saída da escola até aos 21 anos), fase em que a promoção da autonomia dos filhos e o seu envolvimento progressivo nas decisões familiares se tornam centrais.

8 famílias estavam no *Estádio VI – Família com filhos adultos jovens* (fase da saída dos filhos de casa), exigindo o apoio à emancipação dos filhos e a renegociação do relacionamento conjugal.

4 famílias inseriam-se no *Estádio VII – Família de meia-idade* (desde a saída do último filho até à reforma), etapa marcada pela intensificação das interações intergeracionais, com o acolhimento de novos membros (noras, genros e netos) e o acompanhamento de familiares idosos.

10 famílias pertenciam ao *Estádio VIII – Família idosa* (da reforma à viuvez), momento em que se observa a diminuição progressiva da autonomia, maior suscetibilidade à doença e crescentes desafios de adaptação física, emocional e social ao envelhecimento.

A análise segundo o Ciclo Vital Familiar de Duvall, apesar das limitações na aplicação a novas configurações familiares e à realidade sociocultural atual, revelou-se uma ferramenta valiosa na prática do EEESF. Permitindo identificar tarefas evolutivas em curso, eventuais bloqueios nas transições e necessidades de intervenção direcionada, constitui um suporte teórico relevante para o planeamento de cuidados, apoiando as famílias na superação de dificuldades e no desenvolvimento de estratégias adaptativas (Canijo et al, 2006).

Com base nesta avaliação, foram identificadas necessidades específicas em algumas famílias, cuja intervenção será detalhada nas seções seguintes.

A avaliação e intervenção em famílias constitui uma dimensão central da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), permitindo identificar vulnerabilidades, recursos e necessidades, bem como promover a saúde e o bem-estar das unidades familiares ao longo do ciclo vital. O EEESF orienta a sua atuação pelos princípios da abordagem sistémica, centrada na família como unidade de cuidados, assumindo um papel determinante na monitorização e capacitação das famílias (Wright & Leahey, 2013).

O ciclo vital da família fornece um referencial teórico e prático para compreender as transições familiares, integrando processos de desenvolvimento, reorganização e adaptação aos desafios da vida familiar. Relvas (2006) salienta que a família possui funções internas, como proteção e desenvolvimento dos seus membros, e funções externas, como socialização e transmissão cultural, promovendo simultaneamente o sentimento de pertença e a autonomização individual.

O sistema de informação SClínico adota a perspectiva de Duvall, que define oito estádios do ciclo vital da família nuclear, iniciando com o nascimento do primeiro filho. Cada estágio implica tarefas específicas e exige reestruturações contínuas, podendo coexistir com diferentes níveis de desenvolvimento (Figueiredo, 2012).

Embora limitado à família nuclear, o modelo de Duvall permite ao EEESF antecipar necessidades e intervir de forma oportuna (Caniço et al., 2010).

2.2.1. Intervenção Familiar e Aplicação do MDAIF

Algumas famílias necessitaram de intervenção estruturada, tendo sido aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), parametrizado no SClínico. Este modelo permite uma leitura integrada das estruturas familiares, socioeconómicas e funcionais, fornecendo indicadores de avaliação, prevalência e resultados, facilitando a identificação de necessidades complexas e a formulação de intervenções ajustadas ao desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013).

Durante o estágio, a mestrande assumiu o papel de gestora do processo de cuidados, articulando recursos internos e externos (URAP, UCC, RNCCI, Equipa de Cuidados Continuados) em consonância com a Competência Específica do EEESF: “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Reg. n.º 428/2018, p. 19358). Estas ações respeitaram ainda a Competência Comum do Enfermeiro Especialista na “Gestão de Cuidados” (Reg. n.º 140/2019, p. 4748).

A prática profissional foi orientada pelos princípios de responsabilidade ética e legal, garantindo segurança, privacidade e dignidade das famílias, e atuando preventivamente em situações de risco (Reg. n.º 140/2019, p. 4746). O processo de cuidados de enfermagem seguiu as etapas clássicas: colheita de dados, identificação de diagnósticos, prescrição de intervenções e avaliação de resultados, centrando a família como unidade de intervenção.

2.2.2. Instrumentos de Avaliação e Planeamento de Cuidados

As visitas domiciliárias possibilitaram compreensão aprofundada dos subsistemas familiares — conjugal, parental, filial e fraternal — e das realidades sociofamiliares. A parentalidade revelou-se uma etapa crítica, exigindo ajustamentos significativos, sobretudo em famílias numerosas (Figueiredo, 2023; Relvas, 2000).

Foram aplicados instrumentos específicos de avaliação familiar, incluindo:

Genograma e Ecomapa: análise da estrutura e dinâmica familiar;

Escala Graffar: avaliação da condição socioeconómica;

Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve (APGAR) Familiar: perceção da funcionalidade familiar;

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe: identificação de eventos stressantes;

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III): avaliação da coesão e adaptabilidade familiar.

Estes instrumentos permitiram delinear planos de cuidados individualizados, fundamentando decisões clínicas e promovendo a autonomia, coesão e resiliência familiar.

2.2.3. Competências Desenvolvidas

A avaliação e intervenção realizadas permitiram à mestranda desenvolver competências específicas do EEESF, tais como:

- Facilitar respostas da família em situações de transição complexa;
- Formalizar monitorização e avaliação das respostas familiares;
- Desenvolver prática baseada na evidência científica;
- Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção em ESF (Reg. n.º 428/2018, pp. 19357-19358).

A prática fundamentou-se em escuta ativa, respeito pelos direitos das famílias e aplicação de técnicas de intervenção familiar, promovendo uma abordagem sistémica, ética e centrada na família.

A caracterização, avaliação e intervenção familiar permitiram identificar tipos de famílias, estádios do ciclo vital mais frequentes e necessidades específicas, possibilitando intervenções individualizadas e melhoria da funcionalidade familiar. A integração da mestranda na USF e a

articulação com a equipa contribuíram para a prestação de cuidados de qualidade, consolidando competências clínicas, investigativas e éticas essenciais à prática do EEESF.

2.3. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

A avaliação das intervenções junto das famílias requer a definição de indicadores de saúde que permitam medir de forma objetiva os resultados obtidos, sustentando-se numa abordagem sistematizada, ética e alinhada com referenciais normativos e legais. Estes indicadores constituem um instrumento central no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, assegurando rigor, transparência e efetividade na prática em ESF.

O EEESF orienta a sua prática pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, estabelecidos pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária da OE (Reg. n.º 367/2015, de 29 de junho). Estes padrões constituem referência essencial na prestação de cuidados centrados na família, respeitando os princípios de equidade, acessibilidade, continuidade e participação ativa.

Complementarmente, a OE desenvolveu o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), instrumento estruturado que operacionaliza a prática especializada, integrando diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. O RMDE permite evidenciar o contributo específico dos enfermeiros nos ganhos em saúde da população, através de indicadores sensíveis à prática de enfermagem (OE, 2007).

Segundo Silva (2013), os indicadores de saúde podem ser classificados em três categorias:

- **Indicadores de estrutura:** relacionados com os recursos disponíveis, organização dos serviços, filosofia institucional e objetivos estratégicos;
- **Indicadores de processo:** centrados nas ações desenvolvidas pelos profissionais, refletindo a aplicação de boas práticas clínicas e padrões profissionais;
- **Indicadores de resultado:** traduzem alterações no estado de saúde do cliente ou da família, decorrentes das intervenções realizadas, permitindo avaliar ganhos em saúde ou a necessidade de reorientação dos cuidados.

A prática clínica desenvolvida evidenciou alterações significativas nos diagnósticos de enfermagem, refletindo evolução positiva nas famílias acompanhadas. A utilização do RMDE, articulado com a MDAIF (Figueiredo, 2012), permitiu uma avaliação sistemática dos cuidados prestados, identificando subconjuntos diagnósticos prioritários e direcionando as intervenções de forma precisa e contextualizada.

O acompanhamento contínuo possibilitou a monitorização e reajuste dos planos de cuidados, promovendo corresponsabilização e capacitação das famílias no processo de mudança. Assim, a avaliação das intervenções ultrapassou a mera execução, incorporando análise crítica e reflexiva dos seus impactos, reforçando o compromisso ético e profissional do EEESF com a qualidade, segurança e sustentabilidade dos ganhos em saúde.

A aplicação de indicadores de saúde evidenciou os resultados efetivos obtidos, bem como a importância da proximidade estabelecida entre a mestrande e as famílias, fortalecendo o papel do EEESF no contexto dos cuidados em ESF. A evolução dos diagnósticos de enfermagem – alteração, manutenção ou identificação de áreas que requerem intervenção – constitui um processo contínuo, cuja monitorização futura, pela enfermeira cooperante, permitirá avaliar a sustentabilidade dos ganhos em saúde.

Durante o estágio, a mestrande abordou as famílias como unidade de cuidados, considerando os seus processos de transição e necessidades especializadas. A intervenção baseou-se na anamnese familiar estruturada segundo o MDAIF e na aplicação de instrumentos de avaliação familiar, promovendo uma compreensão holística das dinâmicas familiares. A família foi envolvida ativamente na definição de objetivos de saúde e na determinação das estratégias para a sua concretização, consolidando sua autonomia, capacitação e corresponsabilização no processo de cuidados.

2.4. OUTRAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Durante o estágio, foi dada especial atenção à qualidade dos registos informáticos, essenciais para monitorização dos Indicadores de Diagnóstico de Enfermagem e Indicadores de Diagnóstico de Gestão. Estes registos validam as intervenções de enfermagem, conferindo visibilidade, rastreabilidade e valor acrescentado aos cuidados prestados.

A mestrande desenvolveu um Manual de Procedimentos, inserido num projeto de Melhoria Contínua da Qualidade intitulado “*Qualidade dos Registos de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Familiar*”, culminando numa apresentação interna sobre a temática. Este trabalho teve como objetivos:

- Criar um instrumento facilitador para futuros estudantes;
- Uniformizar os registos na USF;
- Desenvolver competências na avaliação e revisão das práticas com base nos resultados observados, exercendo a competência específica do EEESF de liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF (Reg. n.º 428/2018, de 16 de julho).

A mestranda consolidou ainda a competência de gestão do sistema de cuidados de saúde da família, promovendo uma cultura organizacional assente na formação, prática e investigação, contribuindo para ganhos em saúde e visibilidade do conhecimento científico produzido no âmbito da ESF (Reg. n.º 428/2018, p. 19359).

Durante o estágio, a mestranda participou em atividades complementares que consolidaram competências especializadas em ESF, permitindo o desenvolvimento de capacidades analíticas, técnicas e de comunicação (OE, 2015).

Destacam-se:

- Sessões de educação para a saúde, orientadas para promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças crónicas, favorecendo adesão e literacia em saúde familiar (Figueiredo, 2012);
- Gestão de cuidados e coordenação multiprofissional, fortalecendo competências de planeamento, implementação e monitorização de cuidados integrados (Silva, 2013);
- Utilização de instrumentos de avaliação familiar, como o MDAIF, para identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções e monitorização de resultados (Figueiredo, 2012);
- Documentação e registo de cuidados segundo o RMDE, garantindo rastreabilidade, análise de indicadores e evidência dos resultados obtidos (OE, 2007);
- Reflexão crítica sobre a prática profissional, promovendo pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada (OE, 2015);
- Formação contínua, workshops e seminários, consolidando competências especializadas e promovendo melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Silva, 2013);
- Integração entre prática clínica e investigação, permitindo alinhamento das intervenções com evidência científica e protocolos institucionais (Figueiredo, 2012; OE, 2015).

Estas atividades evidenciaram a importância da abordagem sistémica centrada na família, reforçando o papel do EEESF como agente ativo na promoção de saúde, melhoria contínua da qualidade dos cuidados e desenvolvimento das competências especializadas.

No domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, a mestranda adquiriu novos conhecimentos e promoveu a partilha de experiências com a equipa, favorecendo um ambiente colaborativo e enriquecedor que repercute diretamente na qualidade dos cuidados prestados e nos ganhos em saúde das famílias (Reg. n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749).

O estudo de investigação desenvolvido reflete a prática baseada em evidência científica, permitindo à mestranda organizar, interpretar e divulgar resultados que contribuem para o reconhecimento e desenvolvimento da ESF. Este percurso consolidou as oito unidades de

competência da primeira competência específica e as duas unidades da segunda competência específica do EEESF, bem como os quatro domínios de competência comum do EE (Reg. n.º 428/2018; Reg. n.º 140/2019).

Entre os constrangimentos identificados, destaca-se a limitação do sistema de informação SClinico, que impede o registo formal de instrumentos de avaliação familiar como genograma, ecomapa, Escala FACES III e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, dificultando a visibilidade e rastreabilidade das intervenções.

Por fim, reforça-se a necessidade de centrar os CSP na família enquanto unidade de cuidados, adotando uma abordagem sistémica e integradora, reconhecendo forças, recursos e potencial adaptativo. O estágio permitiu avaliar e intervir em famílias, promover o trabalho colaborativo com a equipa multidisciplinar e consolidar o papel do EEESF como agente ativo na transformação dos cuidados em saúde.

CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A presente componente de investigação constitui a segunda parte deste relatório de estágio, compreendendo a justificação e o enquadramento da problemática em estudo, a descrição dos procedimentos metodológicos adotados e, por fim, a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. O estudo desenvolvido tem como título *Coesão e Adaptabilidade em Famílias Numerosas*.

1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

O presente estudo emergiu da prática clínica realizada no âmbito do estágio, a qual permitiu identificar a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca das famílias numerosas, designadamente no que se refere às suas dinâmicas relacionais e adaptativas. A elaboração da investigação foi precedida por uma revisão bibliográfica sistemática e abrangente, que serviu de suporte teórico ao desenvolvimento do trabalho e possibilitou a definição dos principais constructos em análise.

Durante as consultas realizadas, foram identificadas várias famílias numerosas que evidenciavam necessidades específicas ao nível das competências parentais, aspetos estes traduzidos em diagnósticos de enfermagem que justificaram a implementação de intervenções especializadas.

A pertinência do tema, no contexto da ESF, decorre dos múltiplos desafios que estas famílias enfrentam, particularmente no equilíbrio entre a vida pessoal, profissional e familiar. No atual panorama sociocultural, marcado por rápidas transformações sociais, económicas e laborais, os casais são confrontados com exigências acrescidas na conciliação entre o cuidado aos filhos, a preservação da díade conjugal e a manutenção do bem-estar individual de cada elemento familiar.

As famílias numerosas enfrentam, além dos desafios comuns às demais estruturas familiares, vulnerabilidades específicas associadas à gestão de recursos financeiros (Becker, 1991), à necessidade de reorganização dos papéis parentais (Mattila-Wiro, 1999), à diminuição da satisfação conjugal e parental em função do número e espaçamento dos filhos (Marini, 1980), bem como ao cumprimento das tarefas do ciclo vital familiar, que tendem a se tornar mais complexas nesse contexto (Carter & McGoldrick, 1999). Estas exigências tornam-se ainda mais complexas quando se somam fatores de risco, como contextos de fragilidade socioeconómica, redes de suporte social limitadas ou recursos institucionais insuficientes. Reconhecer esta realidade torna-se fundamental para o EEESF, que deve possuir

competências para compreender a complexidade destas dinâmicas, identificar as fragilidades, mas igualmente potenciar os recursos, as forças e as estratégias de adaptação familiar.

Acresce referir que, apesar da relevância do tema, a produção científica nacional no domínio da Enfermagem acerca das famílias numerosas ainda é escassa, o que limita a evidência disponível para sustentar práticas clínicas baseadas no conhecimento científico. Neste sentido, a presente investigação pretende constituir um contributo para o aprofundamento da compreensão desta realidade, oferecendo pistas relevantes para a intervenção do EEESF e para a promoção de cuidados de enfermagem mais contextualizados e eficazes.

A pesquisa bibliográfica que fundamentou este estudo foi realizada, de forma a garantir a pertinência dos conteúdos analisados. O enquadramento teórico subsequente apresenta os principais conceitos que serviram de base à investigação.

1.1. FAMÍLIAS NUMEROSAS: CONCEITO E IMPLICAÇÕES EM SAÚDE

O conceito de família numerosa não apresenta uniformidade absoluta na literatura. Em Portugal, considera-se família numerosa aquela que integra três ou mais filhos dependentes (APFN, 2020). Internacionalmente, alguns autores utilizam critérios distintos, ora baseados no número absoluto de filhos, ora na relação entre o número de dependentes e a capacidade socioeconómica da família (Carvalho, 2015).

As famílias numerosas assumem particular relevância no panorama demográfico atual, marcado pela redução da natalidade e pelo envelhecimento populacional. Embora representem uma percentagem minoritária, desempenham um papel significativo na renovação geracional e na sustentabilidade social. Contudo, enfrentam frequentemente constrangimentos acrescidos, nomeadamente dificuldades financeiras, sobrecarga dos papéis parentais e exigências acrescidas na conciliação entre vida profissional e familiar (Silva, 2013).

Do ponto de vista da saúde familiar, estas famílias revelam maior suscetibilidade a situações de vulnerabilidade, quer pelo aumento das exigências associadas à parentalidade múltipla, quer pela necessidade de reorganização constante das tarefas e papéis familiares. Estas circunstâncias podem afetar não só o bem-estar individual de cada elemento, mas também o equilíbrio do sistema familiar no seu todo (Figueiredo, 2012).

1.2. COESÃO FAMILIAR

A coesão familiar é entendida como a ligação emocional entre os membros da família, refletindo o grau de proximidade, lealdade e apoio mútuo existente entre eles (Olson, 2011). No modelo Circumplexo, proposto por Olson e colaboradores, a coesão constitui uma das duas dimensões centrais do funcionamento familiar, sendo conceptualizada num contínuo que vai da desligação extrema à sobrecoesão.

Famílias com níveis equilibrados de coesão tendem a apresentar relações caracterizadas por proximidade, partilha e autonomia saudável, o que favorece a satisfação conjugal, a parentalidade positiva e o desenvolvimento dos filhos (Olson, 2000). Pelo contrário, níveis extremos — como a ausência de proximidade (desligamento) ou a excessiva fusão emocional (sobrecoesão) — associam-se a maior risco de disfunção familiar e dificuldades adaptativas (Olson, 2011).

Nas famílias numerosas, a coesão assume especial importância, na medida em que o elevado número de elementos potencia tanto a necessidade de reforçar vínculos e rotinas partilhadas como o risco de conflitos relacionais. A investigação tem evidenciado que níveis adequados de coesão funcionam como fator protetor contra o stress parental, as dificuldades financeiras e as exigências acrescidas deste tipo de estrutura familiar (Silva, 2013).

1.3. ADAPTABILIDADE FAMILIAR

A adaptabilidade corresponde à capacidade do sistema familiar de se reorganizar perante situações de mudança, ajustando papéis, regras e padrões relacionais de acordo com as necessidades emergentes (Olson, 2011). Tal como a coesão, a adaptabilidade é conceptualizada no *Circumplex Model* como uma dimensão contínua, que vai da rigidez extrema à ausência de estrutura (caos).

Famílias equilibradas apresentam níveis moderados de adaptabilidade, conseguindo ajustar-se de forma flexível a crises ou transições desenvolvimentais, preservando simultaneamente a estabilidade necessária para garantir segurança e continuidade. Em contrapartida, famílias muito rígidas ou excessivamente caóticas evidenciam maior risco de disfunção e vulnerabilidade perante situações de crise (Figueiredo, 2012; Olson, 2011).

Nas famílias numerosas, a adaptabilidade constitui uma competência central, dada a necessidade frequente de reorganização das rotinas, redistribuição de tarefas e redefinição dos papéis parentais. A literatura aponta que uma boa capacidade adaptativa permite transformar potenciais situações de sobrecarga em oportunidades de crescimento e fortalecimento das relações familiares (Carvalho, 2015).

1.4. PARENTALIDADE

A parentalidade constitui um dos eixos centrais na compreensão das dinâmicas familiares, especialmente em agregados numerosos. Entende-se como o conjunto de práticas, atitudes e comportamentos através dos quais os pais asseguram o cuidado, a educação e o desenvolvimento integral dos filhos, garantindo simultaneamente a transmissão de valores e a socialização (Silva, 2015).

Segundo Relvas (2015), a parentalidade não se reduz à dimensão biológica, mas envolve também a dimensão psicológica e social, refletindo a capacidade dos cuidadores em responder de forma adequada às necessidades das crianças em diferentes fases do ciclo vital. A qualidade da parentalidade influencia de forma determinante a coesão familiar, a adaptabilidade e a satisfação dos próprios progenitores, assumindo-se como variável mediadora no funcionamento global da família.

Nas famílias numerosas, a parentalidade é particularmente desafiada pela multiplicidade de tarefas e exigências simultâneas. A divisão do tempo e da atenção entre vários filhos, a gestão das necessidades diferenciadas em função da idade e do desenvolvimento, bem como a pressão acrescida sobre os recursos económicos e emocionais da díade parental, podem comprometer a qualidade da resposta parental (Stamoulis e Pierrakos 2023).

A literatura aponta que estilos parentais democráticos e consistentes, assentes na comunicação aberta, na disciplina positiva e no suporte afetivo, promovem melhores resultados no desenvolvimento das crianças e na regulação do funcionamento familiar (Seabra-Santos & Gaspar, 2018). Pelo contrário, estilos parentais autoritários ou permissivos tendem a gerar maiores dificuldades de ajustamento, potenciando conflitos e sobrecarga emocional.

O EEESF, ao intervir junto de famílias numerosas, deve ter em consideração não apenas as práticas parentais vigentes, mas também os recursos internos e externos disponíveis para apoiar a parentalidade positiva. Estratégias de intervenção como a educação parental, o treino de competências relacionais, o reforço da rede de suporte social e a mediação familiar podem constituir ferramentas eficazes para fortalecer o desempenho parental e, consequentemente, melhorar a coesão e a adaptabilidade familiar (Figueiredo, 2012; Relvas, 2015).

1.5. CICLO VITAL FAMILIAR

O ciclo vital familiar constitui um quadro de referência fundamental para compreender as transições e tarefas de desenvolvimento que as famílias enfrentam ao longo do tempo. Segundo Duvall e Millers (1977), a família percorre etapas previsíveis, desde a formação do

casal até à velhice, sendo cada fase marcada por exigências específicas que requerem ajustamentos estruturais e relacionais.

Relvas (2015) acrescenta que estas transições implicam reorganizações internas, como a redistribuição de papéis e a redefinição das fronteiras entre subsistemas, e externas, como a integração de novos membros ou o desligamento progressivo dos filhos. O modo como a família lida com estas mudanças influencia a sua coesão, adaptabilidade e funcionamento global.

Nas famílias numerosas, a complexidade do ciclo vital intensifica-se, uma vez que diferentes filhos podem encontrar-se em fases distintas do desenvolvimento, exigindo dos pais e cuidadores um esforço acrescido de adaptação. A sobreposição de tarefas, como o cuidado simultâneo de crianças em idade pré-escolar e de adolescentes em processo de autonomização, potencia a necessidade de uma gestão equilibrada e flexível (Carvalho, 2015).

O EEESF, ao utilizar o ciclo vital como ferramenta de avaliação, consegue identificar as tarefas de desenvolvimento que estão a ser cumpridas e as que se encontram em risco, delineando intervenções específicas que apoiem a progressão saudável das famílias ao longo do tempo (Figueiredo, 2012).

1.6. FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS EM SAÚDE

Na perspetiva da ESF, a família constitui simultaneamente unidade de cuidados e contexto essencial para a prestação de cuidados individualizados. De acordo com Wright e Leahey (2013), qualquer situação de saúde-doença que afete um dos seus elementos repercute-se em toda a família, exigindo uma abordagem integrada que reconheça as interações sistémicas e os padrões de funcionamento familiar.

A OE (2007) sublinha que a intervenção do enfermeiro deve centrar-se na família enquanto sistema, promovendo a capacitação dos seus membros e a mobilização de recursos internos e externos para enfrentar as situações de vulnerabilidade.

Neste enquadramento, a família é entendida como coprodutora de saúde, assumindo papel ativo no processo de prevenção, promoção e reabilitação. Para as famílias numerosas, esta abordagem ganha especial relevância, pois a partilha de responsabilidades e a rede interna de suporte entre irmãos e entre gerações pode constituir tanto um fator protetor como uma fonte de conflito, dependendo da qualidade das interações familiares (Relvas, 2015).

1.7. RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO EEESF

O EEESF assume um papel crucial na avaliação e intervenção junto das famílias numerosas, atendendo às suas especificidades e necessidades singulares. As competências do EEESF estão descritas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define como áreas-chave a avaliação da família como unidade de cuidados, a identificação de fatores de risco e de resiliência, a promoção de competências parentais e a facilitação de processos de adaptação familiar.

A atuação do EEESF deve assentar numa prática clínica baseada na evidência, articulando modelos teóricos de enfermagem com ferramentas de avaliação familiar, como o MDAIF e instrumentos de medição da coesão e adaptabilidade (Olson, 2000; Figueiredo, 2012).

Ao intervir junto das famílias numerosas, o enfermeiro deve valorizar tanto as vulnerabilidades como os recursos familiares, potenciando a autonomia, reforçando redes de suporte social e promovendo a parentalidade positiva. Estas intervenções visam não apenas responder a problemas imediatos, mas sobretudo contribuir para o fortalecimento da resiliência familiar e para a construção de percursos de saúde sustentáveis ao longo do ciclo vital.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo descrevem-se as opções metodológicas adotadas e o percurso desenvolvido para a concretização do presente trabalho de investigação. O objetivo é explicitar o processo que permitiu responder à questão orientadora e alcançar os objetivos previamente definidos. São apresentados os objetivos da investigação, o tipo de estudo, a população e amostra, o procedimento de recolha de dados, o processo de análise dos resultados e os procedimentos formais e éticos observados.

2.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

O Regulamento das Competências Comuns do EE (2019), explana que os enfermeiros especialistas devem basear a sua prática clínica em evidência científica, integrando a investigação e as evidências clínicas nas suas intervenções (OE, 2012). Desenvolver este estudo é uma forma de fazer investigação. A OE (2006) refere que “a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”.

Os EE necessitam de se destacar pelas suas competências, melhorar as suas habilidades, continuar a evoluir e a refletir sobre a sua prática. Os enfermeiros, tal como a OE evidencia, beneficiam de uma posição vantajosa que lhes permite partilhar insights valiosos sobre o contexto, sistemas de saúde, necessidades populacionais, e a influência das políticas locais e fatores sociais na saúde (OE, 2012).

A prática baseada na evidência “é essencial para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, além de promover o empoderamento dos enfermeiros” (Pinto & Motta, 2023).

Neste sentido torna-se pertinente estudar a população e as suas necessidades, para uma melhor adequação dos cuidados prestados.

O presente estudo teve como objetivos:

- Caracterizar as competências parentais, coesão e adaptabilidade em famílias numerosas inscritas numa USF;
- Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, nas competências parentais e na coesão e adaptabilidade em famílias inscritas numa USF.

2.2. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de natureza quantitativa. O carácter exploratório justifica-se pela escassez de literatura existente sobre a temática, sendo objetivo aprofundar o conhecimento acerca do fenómeno em estudo (Vilelas, 2022). Por ter sido realizada a recolha de dados num único momento temporal, e não se considerar o fator tempo determinante para a perceção das famílias, o estudo assume também natureza transversal.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo corresponde a elementos com características previamente definidas através de critérios de inclusão estabelecidos pela investigadora. A amostra foi obtida por seleção não probabilística por conveniência, representando a população em análise.

Foram incluídas famílias inscritas numa USF pertencente à ULS Coimbra, com três ou mais dependentes (filhos biológicos, adotados, enteados, afilhados civis ou equivalentes) com idades inferiores a 25 anos e sem rendimentos próprios, abrangendo situações de casamento legal ou união de facto.

Critérios de exclusão:

- Famílias com inscrição esporádica (sem médico de família atribuído);
- Famílias ou progenitores com problemas cognitivos diagnosticados que comprometessem a compreensão dos instrumentos;
- Pessoas que não soubessem ler ou escrever.

A identificação e o contacto das famílias numerosas foram realizados pela Enfermeira Orientadora Cooperante da USF, recorrendo ao MIM@UF e ao RNU.

2.4. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Baseada na revisão bibliográfica, e na prática clínica desenvolveu-se o interesse em aprofundar a temática da coesão e adaptabilidade em famílias numerosas. Desta forma, foi formulada uma questão de investigação que serviu de orientação ao estudo realizado:

“Quais as características das competências parentais, da coesão e adaptabilidade das famílias numerosas?”

2.5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A recolha de dados foi concretizada através da aplicação presencial de um questionário (Apêndice 1), construído pela investigadora com base na experiência clínica em ESF e sustentado numa revisão bibliográfica das variáveis em estudo.

O questionário foi estruturado em três secções:

- Caracterização sociodemográfica das famílias (elaborado pela autora do estudo);
- Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III) (validada para o contexto português por Pereira e Teixeira 2013);
- Escala de Competência Parental Percebida (PSOC) (adaptada à população portuguesa por Seabra-Santos et al., 2016). A aplicação decorreu na USF, em espaço calmo, reservado e livre de perturbações, garantindo privacidade e condições adequadas de participação.

Secção I – Caracterização Sociodemográfica

Esta secção incluiu questões de resposta fechada e aberta, elaboradas pela autora, destinadas à caracterização das famílias quanto a variáveis pessoais, profissionais e contextuais.

As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Idade: pergunta aberta (em anos completos);

Estado civil: pergunta fechada com cinco opções (solteiro, casado, união de facto, viúvo, divorciado);

Nacionalidade: pergunta aberta;

Habilitações literárias: pergunta fechada com nove opções (do 1.º ciclo ao doutoramento);

Empregabilidade: pergunta fechada binária (sim/não);

Grupo profissional: dez categorias de acordo com a *Classificação Nacional das Profissões* (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2010);

Problemas de saúde familiar: perguntas fechadas (sim/não) e abertas para identificação do diagnóstico;

Estrutura familiar: cinco categorias (nuclear, alargada, reconstruída, monoparental, biparental);

Número de elementos do agregado familiar: escala ordinal (2 a 6);

Número e idades dos filhos: pergunta mista (fechada + aberta);

Tipo de habitação: quatro opções (própria, alugada, de familiares, outro);

Acesso a espaço exterior: resposta fechada (sim/não);

Partilha de quarto entre dependentes: pergunta fechada (sim/não) e aberta para identificação do coabitante.

Secção II – Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III)

A *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) foi desenvolvida por Olson, Portner e Lavee (1985) e validada para o contexto português por Pereira e Teixeira (2013).

Esta escala avalia duas dimensões centrais do *Modelo Circumplex de Funcionamento Familiar*: coesão (grau de ligação emocional entre os membros da família) e adaptabilidade (capacidade de mudança do sistema familiar face às exigências do meio).

É composta por 20 itens, em formato de afirmações, com respostas numa escala de Likert de 5 pontos: 1 – Quase nunca, 2 – Raramente, 3 – Às vezes, 4 – Frequentemente, 5 – Quase sempre.

Os itens pares correspondem à dimensão adaptabilidade (10 itens) e os ímpares à dimensão coesão (10 itens). O cálculo dos resultados faz-se pela soma dos valores atribuídos a cada item em cada dimensão.

Os intervalos de classificação (Olson & Gorall, 2003) são:

Coesão: 10–17 (Desmembrada), 18–24 (Separada), 25–31 (Ligada), 32–50 (Muito ligada);

Adaptabilidade: 10–17 (Rígida), 18–24 (Estruturada), 25–31 (Flexível), 32–50 (Muito flexível).

Valores intermédios indicam funcionamento familiar equilibrado, enquanto valores extremos sugerem disfunção. Neste estudo, a confiabilidade interna da FACES III foi satisfatória ($\alpha = 0,76$), valor considerado adequado para estudos exploratórios (Nunnally & Bernstein, 1994).

Secção III – Escala de Competência Parental Percebida (PSOC)

A *Parenting Sense of Competence Scale* (PSOC), desenvolvida por Wallston e Wandersman (1978) e adaptada à população portuguesa por Seabra-Santos et al. (2016), avalia a perceção dos pais relativamente à sua eficácia e satisfação no papel parental.

É composta por 16 itens, distribuídos em duas subescalas:

Eficácia parental (7 itens): mede a perceção de competência e controlo nas práticas parentais;

Satisfação parental (9 itens): avalia a satisfação e o prazer associado ao desempenho do papel parental.

As respostas seguem uma escala de Likert de 6 pontos (1 – Discordo totalmente a 6 – Concordo totalmente).

Alguns itens (2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 15 e 16, conforme a versão validada) têm cotação invertida. Pontuações mais elevadas indicam maior percepção de competência parental.

Neste estudo, a PSOC apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,71$), considerada fiável para análise quantitativa.

Ambas as subescalas apresentaram no estudo de Nunes et al. (2014) valores satisfatórios, com α – Cronbach superior a 0,60. No que se refere à análise dos dados obtidos, os itens da eficácia parental cotam-se diretamente; os itens da satisfação parental devem ser invertidos antes de somar as pontuações obtidas nos 16 itens (consultar Anexo 1) e que refletem a competência parental percebida (Nunes et al., 2014)

2.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

No que diz respeito ao tratamento dos dados obtidos, procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial. Foi realizado tratamento descritivo de todas as variáveis em estudo: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio padrão).

A análise dos dados foi realizada de acordo com os procedimentos estatísticos adequados à natureza das variáveis em estudo, mediante recurso a software estatístico apropriado (IBM SPSS *Statistics*, versão 29.0 para o Windows).

De acordo com Fortin (2003), na estatística inferencial existem duas grandes categorias de análise estatísticas: os testes paramétricos e os testes não paramétricos. A utilização de testes paramétricos requer uma distribuição normal das variáveis na população.

Para testar a normalidade da distribuição das variáveis dependentes, foram testadas as várias subescalas e o global da Faces III e o global da PSOC, utilizando o teste de Shapiro-Wilk (para $n < 50$), em que se obteve $p > 0,05$, garantindo assim o pressuposto da normalidade da distribuição.

Assim, como as variáveis dependentes apresentam uma distribuição normal, foi utilizada estatística paramétrica. Na aplicação dos testes de estatística inferencial utilizaram-se: teste *t* de Student (para comparar os valores médios de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes), teste de Anova (para comparar os valores médios de três ou mais grupos

independentes) e o teste de correlação de Pearson (para efetuar correlações entre as variáveis quantitativas contínuas).

Utilizou-se um nível de significância $p < 0,05$, o que indica uma probabilidade de 5% de rejeitar incorretamente a hipótese nula (erro do tipo I). Assim, consideraram-se estatisticamente significativos todos os resultados com $p < 0,05$, ou seja, aqueles em que a probabilidade de a correlação observada ocorrer por acaso é inferior a 5%.

2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Fortin (2009), a proteção dos direitos individuais em investigação deve contemplar a autodeterminação, a privacidade, o anonimato, a confidencialidade, a proteção contra desconforto e prejuízo, bem como a equidade no tratamento.

Foi obtido parecer favorável da Coordenadora da USF para a realização do estudo (Apêndice 2). Todos os participantes assinaram consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 3), em conformidade com os princípios éticos e legais, assegurando-se a proteção dos direitos humanos (Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2022).

Durante o preenchimento dos questionários, foram explicitados os objetivos, a natureza e a metodologia do estudo, assim como os direitos dos participantes: privacidade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem prejuízo.

Não foram recolhidos dados identificativos, e a informação obtida foi destruída após a conclusão do estudo. O trabalho cumpriu a legislação em vigor, nomeadamente a Lei n.º 58/2019, que assegura a execução do Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD) relativo à proteção de dados pessoais.

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da ULS Coimbra, tendo sido o parecer favorável (Apêndice 5). A investigação teve início apenas após a obtenção destas aprovações, garantindo-se o integral cumprimento dos pressupostos formais e éticos.

3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com este tópico, pretende-se partilhar os resultados obtidos no presente estudo, no que diz respeito à coesão e flexibilidade das famílias numerosas, recorrendo ao tratamento estatístico da informação recolhida.

O tratamento dos dados recolhidos juntos dos participantes, recorrendo aos instrumentos de medida permitem chegar aos resultados do estudo (Fortin, 2009).

3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva dos dados obtidos no estudo de investigação possibilitou descrever as características globais da amostra, facilitando também a interpretação dos mesmos.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 30 famílias numerosas. A idade dos participantes variou entre os 29 e os 63 anos, com uma média de 44,53 anos (DP=5,93). Em relação ao grau de parentesco do respondente (tabela 1), verificou-se que a maioria das respostas foi dada pelas mães (n=25; 83,3%), enquanto os pais representaram apenas 16,7% (n=5).

Tabela 1

Frequências absolutas e relativas do grau de parentesco do participante

Grau de Parentesco	Frequência absoluta	Percentagem
Mãe	25	83,3
Pai	5	16,7
Total	30	100

No que se refere à nacionalidade dos participantes (tabela 2), verifica-se que a amostra é maioritariamente composta por indivíduos de nacionalidade portuguesa (n=26; 86,7%), seguindo-se uma minoria de origem brasileira (n=2; 6,7%), e ainda um participante de nacionalidade alemã (n=1; 3,3%) e um de nacionalidade espanhola (n=1; 3,3%).

Tabela 2*Frequências absolutas e relativas da nacionalidade do participante*

Nacionalidade	Frequência absoluta	Percentagem
Portuguesa	26	86,7
Brasileira	2	6,7
Alemã	1	3,3
Espanhola	1	3,3
Total	30	100,0

Em termos de habilitações literárias (tabela 3), a maioria dos elementos da amostra (n=24; 80%) apresenta escolaridade ao nível do ensino superior, enquanto 16,7% (n=5) possui o ensino secundário. Apenas um dos inquiridos possui o ensino básico (3,3%).

Tabela 3*Frequências absolutas e relativas das habilitações literárias*

Habilitações literárias	Frequência absoluta	Percentagem
Ensino Superior	24	80
Ensino Secundário	5	16,7
Ensino Básico	1	3,3
Total	30	100

Quanto a situação de empregabilidade (tabela 4), a maioria dos inquiridos estão empregados (n=26; 86,7%), enquanto apenas 13,3% (n=4) estão desempregados.

Tabela 4*Frequências absolutas e relativas da situação perante o emprego*

Empregabilidade	Frequência absoluta	Percentagem
Sim	26	86,7
Não	4	13,3
Total	30	100

Em relação ao facto de existir algum problema de saúde diagnosticado, todos os participantes do estudo (tabela 5), referiram não ter nenhum problema de saúde diagnosticado.

Tabela 5

Frequências absolutas e relativas da existência de problemas de saúde diagnosticado

Problema de saúde diagnosticado	Frequência absoluta	Percentagem
Não	30	100

Os agregados familiares analisados, tendo em conta o seu número (tabela 6), na sua maioria (n=24; 80%), são constituídos por cinco elementos. Existem ainda 20% de famílias (n=6) constituídas por seis elementos.

Tabela 6

Frequências absolutas e relativas do número de elementos do agregado familiar

Nº de elementos do Agregado Familiar	Frequência absoluta	Percentagem
5 elementos	24	80
6 elementos	6	20
Total	30	100

No que se refere ao tipo de habitação (tabela 7), na maioria das famílias (n=19; 63,3%) habitam em casa próprias, enquanto 30% das mesmas vive em casas alugadas (n=9). Existem ainda dois casos (6,7%) de famílias que residem em casas de familiares.

Tabela 7

Frequências absolutas e relativas do tipo de habitação

Tipo de habitação	Frequência absoluta	Percentagem
Própria	19	63,3
Alugada	9	30
De familiares	2	6,7
Total	30	100

Ainda no que respeita às características das casas das famílias inquiridas (tabela 8), a maioria das além da casa (n=25; 83,3%) possuem jardim ou espaço exterior, enquanto apenas 16,7% (n=5) não possui qualquer espaço desta natureza.

Tabela 8*Frequências absolutas e relativas da existência de casa com jardim ou espaço exterior*

Casa com jardim ou espaço exterior	Frequência absoluta	Percentagem
Sim	25	83,3
Não	5	16,7
Total	30	100

Entre as famílias inquiridas sobre a partilha de quarto pelos filhos (tabela 9), em mais de metade das famílias 53,3% (n=16), os filhos partilham quarto com mais alguém, sendo que nas restantes 46,7% (n=14) não se verifica esta partilha.

Tabela 9*Frequências absolutas e relativas da partilha de quarto por parte dos filhos*

Filhos partilham quarto com mais alguém	Frequência absoluta	Percentagem
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
Total	30	100

Coesão e adaptabilidade familiar

A avaliação da coesão e adaptabilidade familiar foi realizada através da Escala FACES III. A média da pontuação na dimensão de **adaptabilidade familiar** foi de 31,13 (DP=4,15), com valores mínimos e máximos de 24 e 40, respetivamente.

Relativamente à **coesão familiar**, a média observada foi de 43,80 (DP=4,54), com pontuações que oscilaram entre 33 e 52. A pontuação **total** na escala FACES III apresentou uma média de 74,93 (DP=7,60), variando entre 55 e 86.

Estes resultados sugerem, de forma geral, níveis moderadamente elevados de coesão e adaptabilidade nas famílias inquiridas.

Tabela 10*Análise descritiva das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar (n=30)*

Dimensões	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Adaptabilidade familiar	31,13	4,15	24	40
Coesão familiar	43,80	4,85	31	50
FACES III Total	74,93	7,6	55	86

Competências parentais

A eficácia e a satisfação no papel parental foram avaliadas através da PSOC. A **média da eficácia parental** foi de 28,63 (DP=4,57), com valores mínimos e máximos de 17 e 36, respectivamente. A **satisfação com o papel parental** apresentou uma média de 39,30 (DP=6,05), variando entre 23 e 47. A pontuação total na PSOC revelou uma média de 67,93 (DP=7,55), com valores compreendidos entre 52 e 78 (tabela 11).

Estes dados indicam uma percepção globalmente positiva das competências parentais nas famílias da amostra, com níveis satisfatórios de eficácia e satisfação no desempenho do papel parental.

Tabela 11*Análise descritiva das dimensões de eficácia e satisfação parental (n=30)*

Dimensões	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Eficácia parental	28,63	4,57	17	36
Satisfação parental	39,30	6,05	23	47
PSOC Total	67,93	7,55	52	78

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Apresentam-se de seguida, os resultados relativos à análise inferencial dos dados deste estudo de investigação, que possibilitam a obtenção de conclusões no que diz respeito ao funcionamento familiar de famílias numerosas, com o intuito de responder à questão de investigação.

Influência dos fatores sociodemográficos nas escalas e subescalas

Verifica-se que apenas as variáveis **Satisfação Parental** ($r=0,615$; $p<0,001$) e **PSOC Total** ($r=0,519$; $p=0,003$) apresentaram correlações estatisticamente significativas com a idade dos participantes. Ambas revelam uma correlação positiva moderada, o que indica, à medida que a idade dos participantes aumenta, também aumenta a percepção de satisfação parental e, de forma geral, o sentido de competência parental.

Por outro lado, as restantes variáveis – **Eficácia Parental** ($r=0,042$; $p=0,826$), **Adaptabilidade Familiar** ($r=0,193$; $p=0,306$), **Coesão Familiar** ($r=0,241$; $p=0,201$) e **FACES III Total** ($r=0,048$; $p=0,802$) – não evidenciaram correlações estatisticamente significativas com a idade (tabela 12).

Tabela 12

Análise das correlações entre as escalas e subescalas com a idade dos participantes ($n=30$)

Escalas e subescalas /Idade	Teste correlação de Pearson (r)	p
Eficácia parental	0,042	0,826
Satisfação parental	0,615	<0,001
PSOC Total	0,519	0,003
Adaptabilidade familiar	0,193	0,306
Coesão familiar	-0,241	0,201
FACES III Total	-0,048	0,802

Os resultados da análise da diferença de médias em relação ao estado civil (tabela 13), mostram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Casados e União de facto) em nenhuma das dimensões analisadas, dado que todos os valores de p são superiores ao nível de significância adotado ($p= 0,05$).

Em termos descritivos, observa-se que os participantes casados apresentaram médias ligeiramente superiores nas dimensões **Coesão Familiar** ($M=44,11$) e **Adaptabilidade Familiar** ($M=31,48$), enquanto os participantes em união de facto registaram valores um pouco mais elevados na **Satisfação com o Papel Parental** ($M=41,33$).

Contudo, essas diferenças não foram relevantes ao nível da significância estatística, o que indica que o estado civil não constitui um fator diferenciador relevante nas percepções de coesão e adaptabilidade familiares, nem nas dimensões de competência parental avaliadas.

Tabela 13*Análise de diferença de médias com teste t para a variável estado civil*

Escalas e subescalas	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Casado/a	27	44,11	4,734	1,056	0,302
	União de facto	3	41,00	6,083		
Adaptabilidade familiar	Casado/a	27	31,48	4,173	1,401	0,172
	União de facto	3	28,00	2,646		
FACES Total	Casado/a	27	75,59	7,449	1,453	0,157
	União de facto	3	69,00	7,55		
Eficácia parental	Casado/a	27	28,67	4,616	0,118	0,907
	União de facto	3	28,33	5,033		
Satisfação papel parental	Casado/a	27	39,07	6,214	-0,607	0,549
	União de facto	3	41,33	4,726		
PSOC Total	Casado/a	27	67,74	7,689	-0,413	0,683
	União de facto	3	69,67	7,234		

Tendo em conta as frequências absolutas diminutas de famílias de algumas nacionalidades (Brasileira n=2; Alemã n=1; Espanhola n=1, optou-se por operacionalizar a variável nacionalidade em duas categorias (Portuguesa e Outra) (tabela 14).

Na análise não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as nacionalidades operacionalizadas (valores de $p > 0,05$) exceto, na escala PSOC total em que se obteve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,017$), em que o valor médio é superior nos participantes de nacionalidade portuguesa (média de 69,19).

Tabela 14*Análise de diferença de médias com teste t para a nacionalidade*

Escalas e subescalas	Nacionalidade	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Portuguesa	26	43,81	4,691	0,022	0,983
	Outra	4	43,75	6,652		
Adaptabilidade familiar	Portuguesa	26	31,08	4,108	-0,187	0,853
	Outra	4	31,50	5,066		
Eficácia parental	Portuguesa	26	29,15	4,115	1,637	0,113
	Outra	4	25,25	6,551		
Satisfação papel parental	Portuguesa	26	40,04	5,459	1,765	0,088
	Outra	4	34,50	8,386		
FACES Total	Portuguesa	26	74,88	7,257	-0,088	0,931
	Outra	4	75,25	10,905		
PSOC Total	Portuguesa	26	69,19	6,806	2,539	0,017
	Outra	4	59,75	7,848		

Verifica-se na relação da empregabilidade com as escalas e subescalas (tabela 15), apenas a variável **Satisfação com o Papel Parental** apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($t=2,080$; $p=0,047$), considerando o nível de significância adotado ($p=0,05$). Nas restantes escalas e subescalas não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p> 0,05$), entre os empregados e os desempregados.

Em termos descritivos, observa-se que os participantes empregados apresentam médias mais elevadas em quase todas as dimensões analisadas, nomeadamente na **Coesão Familiar** ($M=44,08$), **Adaptabilidade Familiar** ($M=31,42$), **Eficácia Parental** ($M=28,65$), **Satisfação Parental** ($M=40,15$) e **PSOC Total** ($M=68,81$), comparativamente aos participantes sem emprego, que apresentam médias ligeiramente inferiores (tabela 15).

Tabela 15

Análise de diferença de médias com teste t para a situação perante o trabalho

Escalas e subescalas	Empregabilidade	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Sim	26	44,08	4,724	0,792	0,435
	Não	4	42,00	6,055		
Adaptabilidade familiar	Sim	26	31,42	4,300	0,974	0,338
	Não	4	29,25	2,630		
Eficácia parental	Sim	26	28,65	4,749	0,062	0,951
	Não	4	28,50	3,697		
Satisfação Papel Parental	Sim	26	40,15	5,312	2,080	0,047
	Não	4	33,75	8,461		
FACES Total	Sim	26	75,50	7,501	1,043	0,306
	Não	4	71,25	8,261		
PSOC Total	Sim	26	68,81	7,478	1,667	0,107
	Não	4	62,25	5,909		

Ao correlacionar a variável nº de elementos do agregado familiar, com as várias subescalas e as escalas (tabela 16), verificou-se correlações positivas praticamente em todas as subescalas e escalas, exceto na subescala Eficácia Parental ($r=-0,071$) que apresentou uma correlação negativa. Apesar dos resultados obtidos, nenhuma destas correlações foi estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Tabela 16

Análise das correlações entre as escalas e subescalas com número de elementos do agregado dos participantes (n=30)

Dimensões / Nº de elementos do agregado	Teste correlação de pearson (r)	p
Eficácia parental	-0,071	0,711
Satisfação parental	0,087	0,648
Adaptabilidade familiar	0,127	0,505
Coesão familiar	0,003	0,985
FACES III Total	0,071	0,708
PSOC Total	0,027	0,888

Ao analisar a diferença das habilitações literárias e as escalas e subescalas (tabela 17), verificou-se não haver diferenças estatísticas significativas entre as várias subescalas e escalas com as habilitações literárias ($p>0.05$).

Tabela 17

Análise de diferença de médias com teste t para as habilitações literárias dos participantes

Escalas e Subescalas	Habilitações Literárias	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Ensino Superior	24	43,79	5,33	-0,003	0,997
	Ensino Secundário	5	43,80	2,68		
Adaptabilidade familiar	Ensino Superior	24	31,50	3,98	0,538	0,595
	Ensino Secundário	5	30,40	5,03		
Eficácia parental	Ensino Superior	24	28,21	4,85	-1,049	0,304
	Ensino Secundário	5	30,60	3,13		
Satisfação papel parental	Ensino Superior	24	39,75	6,54	0,641	0,527
	Ensino Secundário	5	37,80	3,56		
FACES Total	Ensino Superior	24	75,29	7,88	0,285	0,778
	Ensino Secundário	5	74,20	7,32		
PSOC Total	Ensino Superior	24	67,96	8,14	-0,115	0,909
	Ensino Secundário	5	68,40	5,41		

Com o intuito de verificar a diferença estatística em relação as escalas e subescalas com o facto de a casa ter jardim ou espaço exterior (tabela 18). Verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre as escalas e subescalas e entre o espaço exterior e jardim que as famílias dispõem na sua habitação ($p>0,05$).

Tabela 18

Análise de diferença de médias com teste t para a existência de jardim ou espaço exterior

Escalas e Subescalas	A casa tem jardim ou espaço exterior?	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Sim	25	44,20	4,848	1,010	0,321
	Não	5	41,80	4,868		
Adaptabilidade familiar	Sim	25	31,04	4,267	-0,271	0,788
	Não	5	31,60	3,912		
Eficácia parental	Sim	25	29,20	4,113	1,556	0,131
	Não	5	25,80	6,140		
Satisfação papel parental	Sim	25	39,80	6,455	1,012	0,320
	Não	5	36,80	2,490		
FACES Total	Sim	25	75,24	7,764	0,488	0,629
	Não	5	73,40	7,301		
PSOC Total	Sim	25	69,00	7,365	1,796	0,083
	Não	5	62,60	6,693		

Ao analisar as diferenças estatísticas entre as famílias em que os filhos partilham o quarto e as que isso não acontece, com as várias escalas e subescalas analisadas (tabela 19). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores médios das escalas e subescalas entre as famílias cujos filhos partilham quarto e os que não partilham ($p > 0,05$).

Tabela 19

Análise de diferença de médias com teste t para a partilha ou não de quarto pelos filhos

Escalas e Subescalas	Algum dos seus filhos partilha o quarto com mais alguém?	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Sim	16	42,94	5,88	-1,042	0,290
	Não	14	44,79	3,26		
Adaptabilidade familiar	Sim	16	30,56	3,93	-0,801	0,430
	Não	14	31,79	4,44		
Eficácia parental	Sim	16	27,94	5,27	-0,889	0,382
	Não	14	29,43	3,63		
Satisfação papel parental	Sim	16	38,19	6,62	-1,079	0,290
	Não	14	40,57	5,27		
FACES Total	Sim	16	73,50	8,81	-1,109	0,277
	Não	14	76,57	5,81		
PSOC Total	Sim	16	66,13	7,09	-1,428	0,164
	Não	14	70,01	7,76		

Em relação a análise da estrutura familiar e as várias subescalas e escalas (tabela 20). Verificou-se não existir diferenças significativas nos valores médios das escalas e subescalas entre as famílias nucleares e reconstruídas ($p>0,05$).

Tabela 20

Análise de diferença de médias com teste t para a estrutura familiar

Escalas e Subescalas	Estrutura familiar da família:	N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Coesão Familiar	Nuclear	26	43,69	5,07	-0,305	0,763
	Reconstruída	4	44,50	3,51		
Adaptabilidade familiar	Nuclear	26	30,85	4,08	-0,965	0,343
	Reconstruída	4	33,00	4,69		
Eficácia parental	Nuclear	26	28,58	3,97	-0,170	0,867
	Reconstruída	4	29,00	8,36		
Satisfação papel parental	Nuclear	26	39,85	6,21	1,274	0,213
	Reconstruída	4	35,75	3,77		
FACES Total	Nuclear	26	74,54	7,60	-0,720	0,428
	Reconstruída	4	77,50	8,18		
PSOC Total	Nuclear	26	68,42	7,14	0,903	0,374
	Reconstruída	4	64,75	10,50		

Na análise da tipologia de habitação com as várias subescalas e escalas (tabela 21), os resultados indicam que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, uma vez que todos os valores de p são superiores ao nível de significância adotado ($p=0,05$).

As famílias que residem em casa própria apresentam ligeiramente maiores valores médios de coesão ($M=44,68$) e eficácia parental ($M=28,16$), enquanto as famílias que vivem em casas de familiares registam uma média mais elevada na adaptabilidade familiar ($M=34,50$). No entanto, essas variações não alcançam significância estatística.

Tabela 21

Análise da diferença de médias com ANOVA em função da tipologia de habitação

Escalas e Subescalas	Casa onde a família habita	N	Média	Desvio Padrão	ANOVA	p
Coesão Familiar	Própria	19	44,68	4,71	0,934	0,405
	Alugada	9	42,00	5,31		
	De familiares	2	43,50	3,53		
Adaptabilidade familiar	Própria	19	30,89	4,45	0,690	0,510
	Alugada	9	30,89	2,72		
	De familiares	2	34,50	7,77		
Eficácia parental	Própria	19	28,16	4,39	0,329	0,723
	Alugada	9	29,22	5,52		
	De familiares	2	30,50	0,71		
Satisfação papel parental	Própria	19	39,42	5,39	0,015	0,985
	Alugada	9	39,00	7,30		
	De familiares	2	39,50	10,60		
FACES Total	Própria	19	75,68	7,78	0,540	0,589
	Alugada	9	72,89	7,03		
	De familiares	2	78,00	11,31		
PSOC Total	Própria	19	67,58	7,32	0,096	0,909
	Alugada	9	68,22	8,28		
	De familiares	2	70,00	11,31		

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos participantes foi do sexo feminino, nomeadamente mães, o que está em consonância com a literatura, que aponta as mães como as principais cuidadoras e participantes em estudos sobre parentalidade. Em contextos semelhantes, observou-se uma predominância de mães entre os respondentes, refletindo a maior implicação feminina nas tarefas de cuidado (Oyarzún-Farías, Cova, & Bustos-Navarrete, 2021; Silva et al., 2021).

Os dados recolhidos revelam uma amostra predominantemente nacional, com reduzida representatividade de outras nacionalidades, refletindo a composição demográfica expectável no contexto geográfico em que o estudo foi desenvolvido. Este resultado é coerente com a caracterização populacional do território em estudo, onde a maioria dos agregados familiares é constituída por cidadãos de nacionalidade portuguesa, e a presença de famílias migrantes, embora crescente, ainda apresenta expressão reduzida (INE, 2024).

De acordo com as dimensões da escala FACES III, os níveis de **coesão familiar** foram moderadamente elevados, sugerindo que nas famílias numerosas existe ligação emocional entre os membros, com proximidade e apoio mútuo. Este resultado encontra suporte na literatura, em que a **coesão familiar** está associada a um sentimento de pertença, intimidade emocional e à partilha de rotinas, sendo especialmente importante em contextos com múltiplos filhos devido à maior exigência na gestão de relações (Olson & Gorall, 2003; Silva et al., 2019). Uma coesão familiar positiva está também relacionada com uma maior satisfação conjugal, parentalidade positiva e desenvolvimento harmonioso dos filhos (Duvall & Millers, 1977; Figueiredo, 2023; Relvas, 2000).

A **coesão familiar**, segundo o modelo Circumplex (Olson & Gorall, 2003), é fundamental para a homeostase familiar, entendida como o equilíbrio emocional e funcional entre os membros da família, o que é particularmente relevante em famílias numerosas que enfrentam maior complexidade nas suas interações. A teoria sistêmica familiar reforça que a coesão contribui para a resiliência familiar, permitindo a superação de desafios e a promoção do bem-estar coletivo (Minuchin, 1985; Bowen, 1978).

Além disso, a **coesão familiar** influencia positivamente a percepção de bem-estar e reduz fatores de stress parental e conflitos conjugais, mesmo em situações de maior vulnerabilidade social (Gaspar et al., 2022). Estes resultados reforçam a ideia de que, em famílias numerosas, a coesão contribui para a estabilidade emocional dos membros e facilita o ajustamento às exigências do quotidiano familiar.

No que se refere à **adaptabilidade**, os níveis surgem inferiores aos da **coesão**, mas ainda assim foram considerados moderadamente elevados. A capacidade de adaptação refere-se à reorganização dos papéis, regras e estruturas perante mudanças ou desafios. Estudos indicam que famílias com níveis moderados de adaptabilidade conseguem responder de forma eficaz a transições desenvolvimentais, conflitos ou alterações do ciclo de vida familiar (Olson, 1979). Em particular, a adaptabilidade contribui para a proteção emocional dos filhos e assegura a segurança familiar, mesmo em contextos de instabilidade (Minuchin, 1985; Olson, 2011).

Esta capacidade de adaptabilidade é essencial para que as famílias numerosas possam ajustar-se às mudanças inerentes à parentalidade, como o crescimento dos filhos e as diferentes necessidades que surgem, contribuindo para a manutenção do equilíbrio familiar. No entanto, a adaptabilidade limitada pode indicar dificuldades em lidar com stress e transições, o que torna crucial o acompanhamento especializado.

No que respeita às **competências parentais**, os valores médios da escala PSOC indicaram uma percepção positiva dos cuidadores em relação à sua eficácia e satisfação no desempenho

do papel parental. Estes dados sugerem um bom ajustamento psicossocial, mesmo em famílias numerosas, e confirmam achados anteriores de que níveis elevados de sentido de competência parental se associam a práticas parentais eficazes e ao bem-estar da criança (Johnston & Mash, 1989). Num estudo nacional, verificou-se que mesmo em populações em risco, os pais tendem a apresentar níveis moderados de competência parental, o que sugere um padrão resiliente (Nunes et al., 2022).

Os valores mínimos registados em ambas as escalas alertam para a existência de algumas famílias com níveis inferiores de coesão ou satisfação parental, o que poderá justificar intervenções de enfermagem familiar direcionadas. A variabilidade nos resultados pode refletir fatores contextuais como o suporte social, condições socioeconómicas, saúde física e mental dos elementos da família ou mesmo aspetos culturais (Repetti et al., 2002; Olson & Gorall, 2006). A literatura reconhece a influência dos determinantes sociais na funcionalidade familiar, sendo que famílias com menos recursos ou redes de apoio tendem a enfrentar maiores dificuldades na adaptação (Lise et al., 2023).

Neste contexto, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar revela-se crucial. O enfermeiro tem competências específicas para realizar a avaliação integral da família, identificando disfunções na coesão e adaptabilidade, bem como fragilidades nas competências parentais. Através da consulta de enfermagem familiar, pode planear e implementar intervenções direcionadas que promovam a resiliência familiar, a capacitação parental e o fortalecimento dos laços afetivos (Henriques & Santos, 2019). Estas intervenções são fundamentais para a prevenção de situações de risco e para a promoção da saúde comunitária.

No presente estudo, verificou-se uma relação positiva entre a idade dos cuidadores e a **satisfação parental**. A literatura sustenta que pais mais velhos tendem a apresentar maior estabilidade emocional, experiência acumulada e melhor capacidade de gestão das necessidades dos filhos, fatores que favorecem a perceção de eficácia no papel parental (Relvas, 2015; Carvalho, 2015). Adicionalmente, os cuidadores mais velhos revelam maior confiança nas práticas parentais e maior tolerância face aos desafios, reforçando a importância da maturidade na construção da parentalidade positiva (Nunes et al., 2016).

No que respeita ao estado civil, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados das escalas FACES III e PSOC. Esta ausência de impacto é coerente com a literatura, que embora reconheça que a coparentalidade pode influenciar o ajustamento familiar, não atribui ao estado civil um papel determinante na perceção de competência parental ou na coesão familiar (Nunes et al., 2022).

Na análise efetuada, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as nacionalidades nas subescalas. Contudo, na pontuação total da escala, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$), sendo o valor médio superior nos participantes de nacionalidade portuguesa ($M=69,19$). Este resultado poderá refletir uma maior perceção de eficácia parental entre os participantes nacionais, possivelmente associada a fatores contextuais, como maior integração social, estabilidade económica ou familiaridade com o sistema educativo e de saúde, o que pode favorecer a autoconfiança no desempenho do papel parental (Bornstein, 2019). As práticas parentais e valores familiares são também mediadas por elementos culturais, o que pode afetar a perceção de eficácia ou satisfação (Braga, 2021).

Observou-se ainda que a satisfação parental foi mais elevada nos cuidadores empregados. Este dado confirma o papel protetor do emprego, não só no sentido económico, mas também pela estrutura, identidade e suporte social que proporciona, reduzindo os níveis de stress e contribuindo para uma parentalidade mais eficaz (Pontes et al., 2021; Repetti et al., 2002).

O número de elementos do agregado familiar não influenciou os resultados, dado que todas as famílias selecionadas são numerosas. Da mesma forma, variáveis como nível de escolaridade, tipo de habitação, existência de espaço exterior ou partilha de quarto entre irmãos não revelaram impacto significativo nas dimensões avaliadas. Tais dados são coerentes com estudos que indicam que a funcionalidade familiar depende mais da qualidade das relações e das estratégias de coping do que de fatores estruturais (Silva et al., 2021).

Em termos descritivos, observou-se também que as médias das dimensões avaliadas são semelhantes entre os diferentes tipos de habitação, sugerindo uma consistência no funcionamento familiar e na perceção de competência parental, independentemente do regime habitacional. Este resultado está em consonância com a literatura, que indica que a qualidade das interações familiares e o sentido de competência parental dependem sobretudo de fatores relacionais e contextuais — como a coesão e a comunicação familiar — e menos das condições materiais da habitação (Olson & Gorall, 2006; Bornstein., 2019).

As transformações sociais das últimas décadas, como o aumento da precariedade laboral, a diminuição do apoio intergeracional e a crise económica, tornam as famílias numerosas particularmente vulneráveis a desafios acrescidos, nomeadamente a sobrecarga parental, stress crónico e instabilidade emocional (Stewart et al., 2023). Estes fatores destacam a importância das intervenções comunitárias e do apoio institucional estruturado para estas famílias, reforçando o papel do enfermeiro de saúde familiar na promoção do suporte e da resiliência familiar.

Conclui-se, por fim, que seria relevante aumentar a dimensão da amostra em estudos futuros, de modo a permitir análises estatísticas mais robustas, minimizando o erro amostral e aumentando a confiabilidade dos resultados. Além disso, recomenda-se a integração de abordagens qualitativas que possam aprofundar a compreensão da experiência subjetiva dos cuidadores em famílias numerosas.

CONCLUSÃO

A realização deste estágio final, integrado no plano de estudos do Mestrado em EC com área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, constituiu uma oportunidade ímpar de integração e consolidação de conhecimentos, competências e atitudes essenciais ao exercício autónomo e responsável do EEESF, no contexto dos CSP.

A prática clínica decorreu num cenário privilegiado de proximidade e continuidade – a USF, onde a interação com as famílias, nas suas múltiplas configurações e fases do ciclo vital, possibilitou o desenvolvimento de intervenções centradas no sistema familiar, entendendo-o como unidade de cuidados, dinâmico, interdependente e em constante transição. A abordagem adotada, de natureza sistémica e ecológica, permitiu reconhecer e intervir sobre os múltiplos fatores que influenciam o funcionamento familiar, com ênfase nos processos de coesão, adaptabilidade, comunicação e competência parental.

A vivência do estágio evidenciou que os desafios enfrentados pelas famílias ao longo do seu ciclo vital – desde a parentalidade inicial até à transição para o envelhecimento – exigem intervenções especializadas, promotoras da adaptação saudável às transições e do reforço dos fatores protetores. Nesta perspetiva, o EEESF assume um papel central enquanto facilitador de mudanças, promotor da autonomia e garante da continuidade dos cuidados, mediante a aplicação de metodologias de avaliação familiar sistematizadas, diagnósticos de enfermagem partilhados e intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível.

No âmbito deste estágio, foi desenvolvido o estudo de investigação “Coesão e Adaptabilidade em Famílias Numerosas”, cuja origem se encontra na prática clínica e na identificação de necessidades específicas em famílias com múltiplos filhos. A investigação permitiu caracterizar estas famílias ao nível da sua estrutura relacional, revelando níveis elevados de coesão emocional e uma adaptabilidade predominantemente estruturada. Estes resultados apontam para um funcionamento familiar globalmente equilibrado, com elevada capacidade de organização e gestão dos desafios quotidianos, bem como para uma perceção positiva das competências parentais, expressa na elevada satisfação e eficácia no desempenho do papel parental.

Estes dados assumem particular relevância à luz da literatura, uma vez que demonstram que, apesar das exigências inerentes ao número de filhos e à complexidade das interações, estas famílias manifestam resiliência, vínculos afetivos fortes e estratégias funcionais de coping. A análise correlacional reforçou a influência de fatores como a idade e a situação profissional dos cuidadores na perceção de competência parental, e evidenciou a inexistência de impacto significativo de variáveis estruturais (habitação, escolaridade, tipo de família) na coesão e

adaptabilidade, o que reforça a primazia da qualidade das relações sobre as condições materiais.

Não obstante, o estudo apresentou algumas limitações, designadamente a dimensão reduzida da amostra, o que condiciona a generalização dos resultados e impossibilita análises estatísticas mais robustas. A natureza transversal da investigação limitou também a identificação de relações causais, recomendando-se, para investigações futuras, o recurso a metodologias longitudinais e a inclusão de abordagens qualitativas que permitam aprofundar a experiência subjetiva dos cuidadores.

A articulação entre a prática clínica e a investigação revelou-se extremamente valiosa, pois permitiu não só a aplicação do método científico ao contexto concreto dos cuidados, mas também o reforço da prática baseada na evidência, contribuindo para um cuidado mais qualificado, centrado na família e nos seus recursos, necessidades e potencial de desenvolvimento.

Em suma, o percurso formativo desenvolvido permitiu evidenciar a importância da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde das famílias e comunidades, na prevenção da disfunção familiar e no fortalecimento da sua capacidade de adaptação às transições ao longo do ciclo vital. Os ganhos em saúde identificados, quer pela via da prática clínica, quer pela investigação realizada, sustentam o valor acrescentado da intervenção do EEESF na construção de respostas mais eficazes, equitativas e humanizadas nos cuidados de saúde primários.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2020). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020/2021*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao CSP 2021 2020VFINAL.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020VFINAL.pdf)
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em foco* 3, pp. 35-38.
- Afonso, J. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade*. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal.
[file:///C:/Users/103915/Downloads/content%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/103915/Downloads/content%20(1).pdf)
- Alarcão, M. (2002). *Famílias: Psicologia e terapia* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Associação Portuguesa de Famílias Numerosas. (2024). *O que é uma família numerosa*. <https://www.apfn.com.pt/>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica* (3ª edição). Lisboa, Portugal: Quarteto Editora.
- Baptista, C., Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha*. Pactor Editora.
- Becker, G. S. (1991). *A treatise on the family* (Enlarged ed.). Harvard University Press.
- Berthoud, C. M. E., & Cervený, C. M. O. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 15-28.
- Biehle, S. N. & Mickelson, K. D. (2012). *First-time parents "expectations about the division of childcare and play*. *Journal of Family Psychology*. 26, pp. 36-45
- Biscaia, A., Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 701-711. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33152
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Perry S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora. Porto.
- Bolze, S. D., Schmidt, B., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2013). Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Actualidades en Psicología*, 27(114), pp. 71-85.

- Bornstein, M. H. (2019). Handbook of parenting: Volume 1. *Children and parenting* (3rd ed.). Routledge.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Braga, O. (2021). *Estratégias interculturais mobilizadas pelos assistentes sociais na promoção da parentalidade positiva* (Dissertação de Mestrado). ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <https://hdl.handle.net/10071/23652>
- Canavarro, C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade: Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, pp. 225-255. Lisboa: Editora Fim de Século.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodriguez, E., Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de Família*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1999). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives* (3ª ed.). Allyn & Bacon.
- Carvalho, J. (2010). *Adaptação à parentalidade: Um desafio para novos pais: Estudo do stress parental em pais primíparos*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Chong, A. & Mickelson, K. D. (2016). “Perceived Fairness and Relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support”. *Journal of Family Issues*. 37 (1), pp. 3-28.
- Christian, B. (2010). Research commentary-challenges for parents and families: demands of caregiving of children with chronic conditions. *J. Pediatr Nurs*. Volume 25, n.º 4, pp. 299-301. ISSN 1532-8449.
- Cowan, C. & Cowan, P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. *American Journal of Sociology*. 99 (1), pp. 237-238.
- Coutinho, C. (2021). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2.ª edição). Coimbra: Edições Almedina.
- Cruz, Q. S., & Mosmann, C. P. (2015). *Da conjugalidade à parentalidade: Vivências em contexto de gestação planeada*. *Aletheia*, (47-48), pp. 22-34.
- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril de 1998. *Diário da República n.º 93/1998 – I Série*, pp. 1739-1757. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>
- Decreto-Lei n.º 298 de 22 de agosto de 2007. *Diário da República n.º 298/2007 – I Série*, pp. 5587-5596. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>
- Decreto-Lei n.º 28 de 22 de fevereiro de 2008. *Diário da República n.º 38/2008 - I Série*, pp. 1182-1189. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho de 2017. *Diário da República n.º 73/2017 - I Série*, pp. 3128-3140. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19: pp. 139-156. <https://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19139.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa..
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), pp. 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Duvall, E. M. (1957). *Family development*. Lippincott. Duvall, E. R. M. (1977). *Marriage and family development* (5.ª ed.). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott
- Duvall, E. M., & Millers, M. S. (1977). *Family development*. Lippincott.
- Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ou Determinantes do retorno à atividade sexual no Puerpério. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(3).
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: ESEnC. <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/152>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). (2022). *Guia Orientador da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study/spedition/80/discipline/715/period/3>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC). (2022). *Guia Orientador Estágio com Relatório*. Coimbra, Portugal: ESEnC. <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study>
- Feijão, M. & Moraes, N. (2018). Interação família e trabalho: a percepção de docentes do ensino superior acerca da satisfação conjugal. *Contextos Clínicos*, 100, pp. 83-96.
- Figueiredo, H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%200Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1st ed., Vol. 1). Lidel.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência- Lusodidacta-Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. F. P. S. (2010). *A família como unidade de cuidados de enfermagem: Revisão sistemática da literatura. Referência: Revista de Enfermagem*, 3(2),

- Figueiredo, P. M. V. (2005). A Influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciência & Cognição* Volume 6. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180658212005000300014
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, pp. 003-025.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed., N. Salgueiro, Trad.). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. (5.^a edição). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Frade, J.; Pinto, C., Carneiro, M. (2013). Ser padre y ser madre em la actualidad: repensar los cuidados de enfermeira en el puerperio. *Matronas Profesión*. Volume 14, n.º 2, pp. 45-51.
- Galdiolo, S.; Roskam, I. (2012). The transition to parenthood and development of parents personality and emotional competencies. *International Review of Sociology*. Volume 22, n.º , pp. 53-70. ISSN 0390-6701
- Gaspar, T., Gomez-Baya, D., Trindade, J. S., Guedes, F. B., Cerqueira, A., & de Matos, M. G. (2022). *Relationship between family functioning, parents' psychosocial factors, and children's well-being*. *Journal of Family Issues*, 43(9), 2380-2397. <https://doi.org/10.1177/0192513X211030722>
- Godshall, M. (2003). Caring for families of chronically ill kids. *RN (for Managers)*. Volume 66, n.º 2, pp. 30-35. ISSN 0033-7021.
- Gomes, A. (2009). *A Satisfação Conjugal em Casais Candidatos à Adopção: Caracterização em Função do Género e do Motivo para Adoptar (Infertilidade/Não- Infertilidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/9346cd2f-562e-479b-ac3994d525ef529b>
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Tese de doutoramento. Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/072804445b1b46c8940c888bd95b79ad>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e família*. (1.^a edição). Loures: Lusodidacta Editora.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. 2ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Helms, H.M., Walls, J.K., Crouter, A.C., & McHale, S.M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family*

- Psychology*, 24 (5), pp. 568-577. doi: 10.1037/a0020637
- Henriques, C. M., & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1). <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Hernandez, J. & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico* 40 (4), pp. 414-421.
- Hintz, & Baginski, (2012, jul). Vínculo conjugal e transição para a parentalidade: fragilidades e possíveis superações. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, 4(1), pp.10-22 https://www.psi.puc-rio.br/site/images/psi_puc/publicacoes/psi3101.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Classificação Nacional das Profissões 2010 (CNP/2010)*. INE, I.P. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. Lisboa: INE. <https://www.ine.pt>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2013). IFNA *Position Statement on Pre-Licensure Family Nursing Education*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2015/07/FNE-Complete-PDF-document-in-colour-with-photos-English-language1.pdf>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). IFNA *Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2020). IFNA *Position Statement on Planetary Health and Family Health*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2020/04/PHFH-Complete-PDF-copy-in-color-with-photos-English-language.pdf>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175. <https://psycnet.apa.org/record/1990-00101-001>
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. (2ª edição). Lisboa: Editora Presença.
- Kluwer, E. (2010). From partnership to parenthood: a review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review* (2), pp. 105–125.
- Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), pp. 169-184. Disponível em: <http://europepmc.org/MED/12962253>
- Korukcu, O., Deliktaş, A., & Kukulcu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), pp. 593– 601. <https://doi.org/10.1111/inr.12383>

- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), pp. 269-291. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/BhfDWM9nB7Q9jNWYj8wTDkf/?format=html&lang=pt>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima, R. & Alves, I. (2010). As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30 (79), pp. 424-439
- Lise, F., Schwartz, E., De Lima Spagnolo, L. M., & Stacciarini, J.-M. (2023). *Influence of social determinants of health in family-effectiveness*. *Revista Cuidarte*, 14(1), e2805. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2805>
- Marini, M. M. (1980). Effects of the number and spacing of children on marital and parental satisfaction. *Demography*, 17(3), 225-242.
- Martins, C. (2013). A Transição no Exercício da Parentalidade Durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem. In *Universidade de Lisboa*. <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/7f465da8-6f11-4886-841db00b584bc0aa>
- Martins, C. A. (2018). Transition to parenthood: consequences on health and well- being. A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(4), pp. 225–233. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29914790/>
- Mattila-Wiro, P. (1999). *Economic theories of the household: A critical review* (WIDER Working Paper No. 159). UNU-WIDER.
- McCarthy, B. (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psycho-therapy*, 14, pp. 1-12.
- McGoldrick, M., Carter, B. A., & Garcia-Preto, N. (2014). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives* (4^a ed.). Pearson.
- Meireles, A. & Costa, M. (2004). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, 18(2), pp. 75- 98.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5.^a edição). Pennsylvania, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.

- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). *Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses de bebé*. Psico-USF, 12 (1). pp. 18-93.
- Ministério da Saúde. (2006). Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). Missão para os Cuidados de Saúde Primários: Relatório de progresso 2005–2007. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI- CSP – SNS)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1985). *Famílias e terapia familiar*. São Paulo: Martins Fontes.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2011). Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), pp. 337-346. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/nScYbtckJ9w5h3CT3c35tVM/?format=html&lang=pt>
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G., (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia*, 22 (53), pp. 403- 412.
- Narciso, I. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica*, 31, pp. 49-62.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação Conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia* 9(3), pp. 575–584.
- Nourani, S. Seraj, F. Shakeri, M. & Mokhber, N. (2019). The relationship between gender-role beliefs, household labor division and marital satisfaction in couples. *Journal of Holist Nurses Midwifery*, 29 (1), pp. 301-307.
- Nunes, C., Ayala-Nunes, L., Ferreira, L. I., Pechorro, P., Freitas, D., Martins, C., & Santos, R. (2022). *Parenting sense of competence: Psychometrics and invariance among a community and an at-risk samples of Portuguese parents*. *Healthcare*, 11(1), 15. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010015>
- Nunes, C., Ayala-Nunes, L., & Lemos, I. (2016). Sentido de competência parental e ajustamento socioemocional em idade pré-escolar: Um estudo com pais de crianças portuguesas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 67–76.
- Nunes, L.; Lemos, I. e Nunes, C. (2014) *Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial*. *Universitas Psychologica*, 13(2). https://www.researchgate.net/publication/261171847_Predictores_del_estres_parental_en_madres_de_familias_en_riesgo_psicosocial Parenting Stress Predictors in Mother

s of Families at Psychosocial Risk:

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Ohashi, Y., Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. *Nurs Health Sci*. Volume 14, n.º 2, pp-140-147. ISSN 1442-2018.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). *Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications*. *Family Process*, 18(1), 3-28.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota, Family Social Science.
- Olson, D. H. (2000). *Circumplex model of marital and family systems*. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 514–547). Guilford Press.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. Investigação em enfermagem: tomada de posição. Lisboa, 2006. Texto disponível online a partir de: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDEIndicadores-VFOut2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem e das competências do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- 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/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

- Oyarzún-Farías, M. de los Á., Cova, F., & Bustos Navarrete, C. (2021). *Parental stress and satisfaction in parents with pre-school and school-age children*. *Frontiers in Psychology*, 12, 683117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.683117>
- Pereira, M., & Teixeira, C. M. (2013). *Adaptação portuguesa da Escala FACES III – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Universidade de Lisboa.
- Pereira, M. I. D. (2020). *Couple relationship during the transition to parenthood: gender and parity effects over time* [Universidade do Minho]. <https://repositorium.uminho.pt/server/api/core/bitstreams/e153ce1a-a8ab-4d3c-9b4c-8985ff905042/content>
- Perlin, G. & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes. Mito ou realidade? *Psicologia Clínica*, 17, pp. 15-29
- Pordata.(2022).*Municípios.População*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao>
- Prinds, C., Mogensen, O., Hvidt, N. C., & Bliddal, M. (2018). First child's impact on parental relationship: an existential perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(157), pp. 2–7. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1802-5>
- Pinto, A. C. (2023). *Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para a população portuguesa: Uma scoping review*. *Revista de Saúde e Cuidados*, 10(1), 45–58.
- Ramahal, T., Lagarto, A., Matos, A., Cruz, H., & Ribeiro, H. (2013). Transition to Parenthood: Nursing intervention to promote paternal competences. *NERP*, 5(1), pp. 164-169.
- Ramalho, L. D. Q. G. (2021). *Acesso aos cuidados de saúde primários em Portugal: condicionantes e estratégias* [Dissertação de mestrado, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/23510>
- Rebello, L. (2018). *A Família em Medicina Geral e Familiar*. Conceitos e Práticas. Coimbra. Almedina.
- Regulamento n.º 126 de 18 de fevereiro de 2011. *Diário da República n.º 35/2011 – II Série*, pp. 8660-8661. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126 2011 CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126%202011%20CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf)
- Regulamento n.º 140 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República n.º 26/2019 – II Série*, pp. 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 367 de 29 de junho de 2015. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*, pp. 17384-17391. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428 de 16 de julho de 2018. *Diário da República n.º 135/2018, II Série*, pp. 19354-19359. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 679 de 27 de abril de 2016. *Diário da República* n.º 679/2016. Jornal Oficial da União Europeia. Lisboa, Portugal.
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis
- Regulamento n.º 743 de 25 de setembro de 2019. *Diário da República* n.º 184/2019 – II Série, pp. 128-155. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho: da teoria à prática com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2015). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Coimbra: Edições Almedina.
- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspetiva sistémica.
- Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L.D., Abreu, F. & Fracoli, L. A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826157/>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11931522/>
- Sabey, A. (2020). Marital Satisfaction After Children: Is It Possible? *Family Perspectives*, 2(1), 2.
- Sardinha, A. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Volume 25, n.º 3, pp. 395-402
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), pp. 525-531
- Seabra-Santos, M. J., Major, Sofia., Pimentel, M., Antunes, N. Roque, V. Gaspar, M. F., (2016). *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)*
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47717/1/PSOC.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Recomendação n.º 2 de 25 de agosto de 2017. *Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7539-2017-108055019>
- Silva, C. (2012). *Transição para a parentalidade: Necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico* Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/f5a766c0-d7c1-41b1-ab36->

- Silva, S. (2013). *A Avaliação do Desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Validação dos Indicadores para a sua operacionalização*. (Tese de Mestrado). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70112/2/25042.pdf>
- Silva, A. M., Fernandes, M., & Teixeira, L. (2021). Dinâmicas familiares em famílias numerosas: desafios e estratégias. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 32(2), 87–95.
- Silva Figueiredo, M. H. de J., Costa Maymone Madeira, A. C. de S., Sarmiento do Sacramento Costa dos Reis, A. M., Santos, M. I. M. P., Ferreira, M. M. H. P., & Dias, H. M. P. da S. (2021). *Aprendizagem do cuidar à família na comunidade: Usabilidade do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RV21073>
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Fink, B. C. (2015). Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), pp. 239-251. <https://doi.org/10.1037/cfp0000051>
- Shorey, S., Ang, L., Goh, E.C.L., & Lopez, V. (2019). Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery* 70, pp. 7-14.
- Soares, D. (2012). *Paternidade e geratividade na transição para a parentalidade*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Braga. [file:///C:/Users/103915/Downloads/content%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/103915/Downloads/content%20(4).pdf)
- Soares, H. M. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenções de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- Stamoulis, D., & Pierrakos, G. (2023). *What constitutes a large family today? A multi-dimensional approach*. *Advances in Social Sciences and Management*, 1(4), 06-12.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Public health nursing: Population-centred health care in the community* (8^a ed.). Elsevier
- Stewart, K., Patrick, R., & Reeves, A. (2023). *A time of need: Exploring the changing poverty risk facing larger families in the UK*. *Journal of Social Policy*, 54(1), 75–99. <https://doi.org/10.1017/S0047279422000952>
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5^a edição). Lisboa: Lusodidata.
- Tong, A. ,Lowe, A., Sainsburg, P., Graig, J.C., (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child Care Health Dev*. Vol.

- 36, n.º 4, pp. 549- 57. ISSN 1365- 2214.
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS (Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém)*. 8(1), pp. 17-30. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19874>
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. W., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of Change in Relationship Satisfaction during the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 63(5), pp. 667–679. <https://psycnet.apa.org/record/2014-45901-009>
- Van Vulpen, M., Heideveld-Gerritsen, M., van Dillen, J., Oude Maatman, S., Ockhuijsen, H., & van den Hoogen, A. (2021). First-time fathers' experiences and needs during childbirth: A systematic review. *Midwifery*, 94, pp. 1–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33444743/>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência*. (3ª edição). Porto, Portugal: Universidade Católica Editora
- Guerra, M. J. (2009). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Revista Servir*, 56(3/4), pp. 146-154.
- Vieira, M. & Reis, A (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebé: revisão sistemática da literatura. *Revista Da UIIPS* 5, pp. 132–143.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wallston, K. A., & Wandersman, A. (1978). *Parenting Sense of Competence Scale*. Vanderbilt University.
- Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*, 20(3), 298 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23809855/>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª edição). Lisboa: Roca Editora.

ANEXOS

ANEXO 1

APLICAÇÃO E COTAÇÃO DA ESCALA PSOC POR NUNES, JIMÉNEZ, MENÉNDEZ,
AYALA- NUNES E HIDALGO (2014)

PSOC (Parental Sense of Competence)

A versão que vamos utilizar é a adaptação que Johnston e Mash (1989)¹ elaboraram a partir da escala original, desenhada por Gibaud-Wallston y Wandersmann (1978)². A prova avalia a competência percebida como mãe ou pai através de duas dimensões: a eficácia como mãe/pai e a satisfação com o papel. No quadro seguinte aparecem os itens que formam cada uma das sub-escalas que compõem a prova. Os itens referentes à satisfação cotam-se directamente, enquanto que os relativos à eficácia, que aparecem sombreados na escala, devem ser invertidos.

A soma dos itens correspondentes em cada caso permite obter duas pontuações quantitativas que indicam que, quanto maior for o valor obtido, maior é o nível da dimensão correspondente. Por outro lado, a soma destas duas pontuações reflecte o grau de auto-competência enquanto mãe ou pai.

Satisfação	Eficácia
2	1
3	6
4	7
5	10
8	11
9	13
12	15
14	
16	

Ident: _____ Entrevistador/a: _____ Data: _____

¹ Johnston, C. y Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 18, 167-175.

² Gibaud-Wallston, J. y Wandersmann, L. P. (1978). *Development and utility of the Parental Sense of Competence*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association (August 1978).

PSOC

Em seguida apresenta-se 16 frases que procuram descrever os seus sentimentos sobre ser mãe. Por favor, leia atentamente cada frase e assinale em que medida crê que reflectem o que sente, elegendo entre as seguintes opções:

	Não, totalmente em desacordo	Em desacordo	Desacordo em parte	Acordo em parte	De acordo	Sim, totalmente de acordo
1. Apesar de ser difícil, eu já sei como se pode influenciar os filhos.						
2. Com a idade que o meu filho tem, ser mãe não é agradável.						
3. Nas coisas que têm que ver com os meus filhos, deito-me como me levanto, com a sensação de não ter terminado nada.						
4. Não sei porquê mas, embora como mãe ache que controlo a situação, às vezes sinto como se a situação me controlasse a mim.						
5. A minha mãe estava melhor preparada do que eu para ser uma boa mãe.						
6. Eu era capaz de dizer a uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez o que tem que fazer exactamente para ser uma boa mãe.						
7. Ser mãe é algo que se leva a bom termo, e os problemas são fáceis de resolver.						
8. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber que estamos ou não a fazer bem as coisas.						
9. Como mãe, às vezes sinto que não consigo fazer nada.						
10. Consegui ser tão boa mãe como queria.						
11. Se há alguém que sabe o que aflige o meu filho, sou eu.						
12. Gosto mais e sou melhor a fazer outras coisas do que ser mãe.						

13. Tendo em conta o tempo em que sou mãe, sinto-me à vontade com estas coisas.						
14. Se ser mãe fosse um pouco mais interessante, estaria mais motivada para fazê-lo melhor.						
15. Para ser sincera, penso que sou capaz de fazer todas as coisas que fazem falta para ser uma boa mãe.						
16. Ser mãe põe-me nervosa e ansiosa.						
E =						
S =						
PSOC (E + S) =						

Ident: _____ Entrevistador/a: _____ Data: _____

PSOC (correção)

1. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber como influenciamos os filhos, mas eu já o sei.	1	2	3	4	5
					6
2. Embora ser mãe possa ser muito agradável, agora, com a idade que o meu filho tem, para mim não o é.	6	5	4	3	2
					1
3. Nas coisas que têm que ver com os meus filhos, deito-me como me levanto, com a sensação de não ter terminado nada.	6	5	4	3	2
					1
4. Não sei porquê mas, embora como mãe ache que controlo a situação, às vezes sinto como se a situação me controlasse a mim.	6	5	4	3	2
					1
5. A minha mãe estava melhor preparada do que eu para ser uma boa mãe.	6	5	4	3	2
					1

6. Eu era capaz de dizer a uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez o que tem que fazer exactamente para ser uma boa mãe.	1 2 3 4 5 6
7. Ser mãe é algo que se leva a bom termo, e os problemas são fáceis de resolver.	1 2 3 4 5 6
8. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber que estamos ou não a fazer bem as coisas.	6 5 4 3 2 1
9. Como mãe, às vezes sinto que não consigo fazer nada.	6 5 4 3 2 1
10. Consegui ser tão boa mãe como queria.	1 2 3 4 5 6
11. Se há alguém que sabe o que aflige o meu filho, sou eu.	1 2 3 4 5 6
12. Gosto mais e sou melhor a fazer outras coisas do que ser mãe.	6 5 4 3 2 1
13. Tendo em conta o tempo em que sou mãe, sinto-me à vontade com estas coisas.	1 2 3 4 5 6
14. Se ser mãe fosse um pouco mais interessante, estaria mais motivada para fazê-lo melhor.	6 5 4 3 2 1
15. Para ser sincera, penso que sou capaz de fazer todas as coisas que fazem falta para ser uma boa mãe.	1 2 3 4 5 6
16. Ser mãe põe-me nervosa e ansiosa.	6 5 4 3 2 1
E =	
S =	
PSOC (E + S) =	

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ESCALA FACES III

Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III)

Versão portuguesa de Curral, Dourado, Torres, Barros, Palha e Almeida (1999), com novo estudo e adaptação de Nunes, Ayala- Nunes, Ferreira e Martins (2021)

Estas 20 frases procuram refletir o comportamento da sua família. Escolha a opção que melhor reflete o que sente em relação à sua família:

	Nunca ou quase nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Com frequênc	Quase sempre
1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros					
2. Quando solucionamos problemas, costumamos ter em conta a opinião dos nossos filhos					
3. Tanto os pais quanto os filhos aceitamos os amigos que cada um tem					
4. Quando pomos normas em casa temos em conta a opinião dos nossos filhos					
5. Gostamos de fazer coisas nas quais estejamos só nós					
6. Há distintas pessoas que mandam dentro da nossa família					
7. Os membros da nossa família sentem-se mais unidos entre si do que com outras pessoas que não são da família					
8. Na nossa família mudamos a maneira de fazer as coisas					
9. Os membros da nossa família gostam de passar o tempo livre juntos					
10. Nós, pais e filhos, decidimos juntos os castigos					
11. Os membros da nossa família sentem-se muito unidos					
12. Na nossa família são os filhos que tomam as decisões					
13. Quando nos reunimos para alguma atividade, todos estamos presentes					
14. As regras e as normas mudam na nossa família					
15. Facilmente pensamos em coisas que podemos fazer em família					
16. Fazemos turnos para as responsabilidades da casa					
17. Os membros da família consultam-se para tomar decisões					
18. É fácil saber quem manda na nossa família					
19. A união familiar é muito importante para nós					
20. É fácil dizer quem realiza cada tarefa doméstica na nossa casa					

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES DA VERSÃO PORTUGUESA DA
ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR (FACES
III) E DA ESCALA DE COMPETÊNCIA PARENTAL PERCEBIDA (PSOC)

Pedido de Utilização de Escalas FACES III e PSOC

Mestrado x



Maria João Vilaranda <mjoaom3@gmail.com>

para csnunes ▾

qui., 20 de jun., 23:50 (há 3 dias)



Primariamente gostaria de transmitir que acompanho o trabalho que tem desenvolvido, e que se tem revelado de extrema relevância no estudo das famílias.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária-Área de Enfermagem de Saúde Familiar, pretendia estudar a coesão e adaptabilidade, bem como competências parentais numa Unidade de Saúde Familiar. Gostaria de solicitar a sua autorização para utilizar as seguintes escalas, que verificámos através de publicações da sua coautoria ter validado para a população portuguesa:

- (1) Escala de Avaliação da Coesão e Adaptação Familiar (FACES III)
- (2) Parental sense of competence (PSOC)

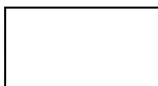
Estarei disponível para responder a qualquer questão sobre o projeto.

1. Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar, versão portuguesa de Nunes e Lemos (2010b)- Nunes, C. & Lemos, I. (2010b). Escala de Avaliação da Coesão Familiar. Versão portuguesa para investigação da Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale de Olson, Portner e Lavee (1985). Documento não publicado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

2. Nunes, C., Jiménez, L., Menéndez, S., Ayala-Nunes, L., & Hidalgo, V. (2014). Psychometric properties of an adapted version of parental sense of competence (PSOC) scale for Portuguese at-risk parents. *Child & Family Social Work* 21(4), 433-441. doi:10.1111/cfs.12159: parental sense of competence (PSOC)

Cumprimentos cordiais,
Maria João Vilaranda

Maria João Vilaranda



21 de jun. de 2024, 10:38 (há 2 dias)



Tem a minha autorização para utilizar as versões dos instrumentos validados pela minha equipa.

Envio os artigos que devem ser referenciados no seu trabalho, assim como a versão portuguesa com as instruções dos mesmos.

Desejos de bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,



APÊNDICE 2

PARECER CIENTÍFICO E AUTORIZAÇÃO COORDENADOR UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)



Identificação do estudo clínico

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO: Coesão e adaptabilidade em famílias numerosas

Promotor:

Investigador(a) Principal: Maria João Proença Miranda Vilaranda

Serviço/Unidade de Saúde Familiar:

PARECER CIENTÍFICO (máximo de 1200 caracteres – Century Gothic 11):

O projeto apresentado revela pertinência científica, relevância social e alinhamento com os princípios orientadores da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF). A escolha do tema — centrado na análise das competências parentais e do funcionamento familiar — é atual e de grande relevância para a prática clínica, considerando os desafios que as famílias contemporâneas enfrentam no equilíbrio entre a vida pessoal, profissional e familiar.

AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES DO CENTRO

Confirmo o apoio institucional do centro de estudo à execução do projeto, informando que possui as condições de espaço físico, materiais e de recursos humanos necessários para a execução do projeto.

Apresenta-se de seguida tabela dos recursos humanos do serviço/unidade afetos ao projeto, explicitando a quantidade de horas por mês dedicadas e o total de meses.

Investigador	N.º mecanográfico	Horas mensais de dedicação ao projeto	Total de horas meses dedicadas ao projeto
Maria João Proença Miranda Vilaranda	42681	72	552



AUTORIZAÇÃO

Nome do(a) Diretor(a) do Serviço Hospitalar/Coordenador(a) de Unidade (Cuidados de Saúde Primários):

Data: |

Assinatura:



APÊNDICE 3
QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Maria João Proença Miranda Vilaranda, sou Enfermeira e exerço funções na Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Celas. No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretendo desenvolver um estudo na Unidade de Saúde Familiar sobre a Coesão e Adaptabilidade das Famílias e Competências Parentais em famílias Numerosas, com os seguintes objetivos: caracterizar as famílias, numerosas e identificar o nível de coesão e adaptabilidade das famílias numerosas, inscritas na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED].

Solicito assim, a sua colaboração para preenchimento do presente questionário, o qual é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-me a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-lo (a). Deve responder assinalando com uma cruz (X) a sua opção de resposta, e nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço que **não deixe nenhuma questão por responder**.

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

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DA INVESTIGAÇÃO
“Coesão e Adaptabilidade em Famílias Numerosas”

DATA PREENCHIMENTO: _____

Questionário respondido por: Mãe ____ Pai ____ Outro(a) ____ Quem? ____

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. DADOS DOS PAIS (CUIDADORES)

Dados da Mãe (outro cuidador – indique quem: _____)

1.1 Idade _____

1.2 Estado civil: Casada _____ União de facto _____ Solteira _____

Divorciada _____ Viúva _____

1.3 Nacionalidade _____

1.4 Qualificação:

Menos de 4 anos de escolaridade	
1º ciclo do Ensino Básico	
2º ciclo do Ensino Básico	
3º ciclo do Ensino Básico	
Ensino Secundário	
Curso Tecnológico/Profissional (equivalente nível secundário)	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

1.5 Encontra-se empregada? S _____ N _____

1.5.1. Se sim, qual o seu grupo profissional:

Profissões das Forças armadas	
-------------------------------	--

Representantes do Poder Legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	
Técnicos e Profissões de nível intermédio	
Pessoal administrativo	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	
Trabalhadores não qualificados	

1.6 Tem algum problema de saúde diagnosticado? S _____ N _____

1.6.1 Se sim, qual? _____

Dados do Pai (outro cuidador – indique quem: _____)

1.1 Idade _____

1.2 Estado civil: Casado _____ União de facto _____ Solteiro _____

Divorciado _____ Viúvo _____

1.3 Nacionalidade _____

1.4 Qualificação:

Menos de 4 anos de escolaridade	
1º ciclo do Ensino Básico	
2º ciclo do Ensino Básico	
3º ciclo do Ensino Básico	
Ensino Secundário	
Curso Tecnológico/Profissional (equivalente nível secundário)	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

1.5 Encontra-se empregada? S ____ N ____

1.5.1 Se sim, qual o seu grupo profissional:

Profissões das Forças armadas	
Representantes do Poder Legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	
Técnicos e Profissões de nível intermédio	
Pessoal administrativo	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	
Trabalhadores não qualificados	

1.6 Tem algum problema de saúde diagnosticado? S ____ N ____

1.6.1 Se sim, qual? _____

2. SITUAÇÃO FAMILIAR

2.1 Estrutura familiar da família:

Nuclear (pais e filhos) _____

Alargada (pais, filhos e avós/tios) _____

Reconstruída (pelo menos um dos membros tem filhos de uma anterior relação)

Monoparental (apenas um responsável legal pela criança) _____

Biparental (guarda partilhada da criança) _____

2.2 Agregado familiar (número de pessoas que vivem na casa **com a criança**):

2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____

2.3 Número de filhos :

1 _____ Idade _____

2 _____ Idades _____

3 _____ Idades _____

≥ 4 _____ Idades _____

2.4 A casa onde a família habita é:

Própria _____ Alugada _____ De familiares _____ Outro _____

2.4.1 A casa tem jardim ou espaço exterior? S___N___

2.4.2 Algum dos seus filhos partilha o quarto com mais alguém? S___N___

2.4.2.1 Se sim, com quem? _____

ESCALA DE COESÃO E ADAPTABILIDADE NOS PAIS E ELEMENTOS DA FAMÍLIA MAIORES DE 18 ANOS FACES III

Indicações para os elementos da família:

2.4.2.1.1 Todos os elementos da família com idade superior a 12 anos podem completar o questionário desde que usando a escala para adolescentes.

2.4.2.1.2 Os elementos da família devem completar o questionário de forma independente, sem consultar ou discutir as suas respostas, até que o questionário esteja completo.

2.4.2.1.3 Escolha (assinalando com um X) a opção para cada afirmação que melhor corresponda ao que acontece na sua família.

PARTE II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR (FACES III)

Versão portuguesa de Curral, Dourado, Torres, Barros, Palha e Almeida (1999), com novo estudo e adaptação de Nunes, Ayala- Nunes, Ferreira e Martins (2021)

Estas 20 frases procuram refletir o comportamento da sua família. Escolha a opção que melhor reflete o que sente em relação à sua família:

	Nunca ou quase nunca	Poucas Vezes	Às vezes	Com frequênc	Quase sempre
1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros					
2. Quando solucionamos problemas, costumamos ter em conta a opinião dos nossos filhos					
3. Tanto os pais quanto os filhos aceitamos os amigos que cada um tem					
4. Quando pomos normas em casa temos em conta a opinião dos nossos filhos					
5. Gostamos de fazer coisas nas quais estejamos só nós					
6. Há distintas pessoas que mandam dentro da nossa família					
7. Os membros da nossa família sentem-se mais unidos entre si do que com outras pessoas que não são da família					
8. Na nossa família mudamos a maneira de fazer as coisas					
9. Os membros da nossa família gostam de passar o tempo livre juntos					
10. Nós, pais e filhos, decidimos juntos os castigos					
11. Os membros da nossa família sentem-se muito unidos					
12. Na nossa família são os filhos que tomam as decisões					
13. Quando nos reunimos para alguma atividade, todos estamos presentes					
14. As regras e as normas mudam na nossa família					
15. Facilmente pensamos em coisas que podemos fazer em família					
16. Fazemos turnos para as responsabilidades da casa					
17. Os membros da família consultam-se para tomar decisões					
18. É fácil saber quem manda na nossa família					
19. A união familiar é muito importante para nós					
20. É fácil dizer quem realiza cada tarefa doméstica na nossa casa					

PARTE III - PSOC (Parental Sense of Competence)

Em seguida apresenta-se 16 frases que procuram descrever os seus sentimentos sobre ser mãe. Por favor, leia atentamente cada frase e assinale em que medida crê que refletem o que sente, elegendo entre as seguintes opções:

	Não, totalmente em desacordo	Em desacordo	Desacordo em parte	Acordo em parte	De acordo	Sim, totalmente de acordo
1. Apesar de ser difícil, eu já sei como se pode influenciar os filhos.						
2. Com a idade que o meu filho tem, ser mãe não é agradável.						
3. Nas coisas que têm que ver com os meus filhos, deito-me como me levanto, com a sensação de não ter terminado nada.						
4. Não sei porquê mas, embora como mãe ache que controlo a situação, às vezes sinto como se a situação me controlasse a mim.						
5. A minha mãe estava melhor preparada do que eu para ser uma boa mãe.						
6. Eu era capaz de dizer a uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez o que tem que fazer exactamente para ser uma boa mãe.						
7. Ser mãe é algo que se leva a bom termo, e os problemas são fáceis de resolver.						
8. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber que estamos ou não a fazer bem as coisas.						
9. Como mãe, às vezes sinto que não consigo fazer nada.						
10. Consegui ser tão boa mãe como queria.						
11. Se há alguém que sabe o que aflige o meu filho, sou eu.						
12. Gosto mais e sou melhor a fazer outras coisas do que ser mãe.						

13. Tendo em conta o tempo em que sou mãe, sinto-me à vontade com estas coisas.						
14. Se ser mãe fosse um pouco mais interessante, estaria mais motivada para fazê-lo melhor.						
15. Para ser sincera, penso que sou capaz de fazer todas as coisas que fazem falta para ser uma boa mãe.						
16. Ser mãe põe-me nervosa e ansiosa.						

E =

S =

PSOC (E + S) =

APÊNDICE 4

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

Exmo.(a) Sr.(a) utente:

O meu nome é Maria João Proença Miranda Vilaranda, sou Enfermeira e exerço funções na Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Celas. No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária-Área de Saúde Familiar, que frequento na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretendo desenvolver um estudo na USF [REDACTED] com os seguintes objetivos: caracterizar as famílias numerosas, identificar o nível de coesão e adaptabilidade e competências parentais dessas famílias, inscritas na Unidade de Saúde Familiar, com a finalidade de melhorar as práticas de cuidados a essas famílias.

A sua participação, através do preenchimento do questionário que se anexa, terá a duração prevista de cerca de 10 minutos, e contribuirá para aumentar o conhecimento sobre esta temática, assim como permitirá a reflexão sobre as estratégias necessárias para melhorar o cuidado às famílias.

Essa participação é voluntária e só deverá ser aceite somente após o devido esclarecimento, podendo colocar quaisquer questões que surjam.

Se decidir colaborar, deverá assinar a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Mesmo assim, poderá desistir do seu consentimento, em qualquer momento do estudo, sem qualquer tipo de penalização.

O uso da informação recolhida destina-se exclusivamente para os fins desta investigação. O anonimato e a confidencialidade dos dados são assegurados na íntegra. Após a conclusão da investigação poderá ter acesso aos resultados contactando diretamente com a investigadora. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional do Centro e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Qualquer questão poderá contactar a investigadora principal, Maria João Proença Miranda Vilaranda.

Número de telemóvel: 917723244

E-mail: mjoaom3@gmail.com

CONSENTIMENTO INFORMADO

Utente

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela investigadora 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 recusar livremente a participação neste estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo nos cuidados que me são prestados.

Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, 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 pela investigadora e que as minhas respostas apenas serão alvo de tratamento estatístico neste estudo.

Data: ____/____/____ Assinatura

APÊNDICE 5

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS COIMBRA



CARTÃO DE CIDADÃO
• • • •

Coimbra, EPE

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: 161/25 CE PROC. Nº: 2024-ESI.SF-215	08-05-2025

ASSUNTO: PI 2024-ESI.SF-215 2ª REENTRADA "COESÃO E ADAPTABILIDADE EM FAMÍLIAS NUMEROSA."
Entrada na UID: 25-10-2024
Entrada na CES: 25-11-2024
Visto na reunião: 17-12-2024 - Ofº 514/24 CE
REENTRADA na CE: 12-02-2025 - Envio dos esclarecimentos solicitados
Visto na reunião: 25-02-2025 - Ofº 073/25 CE
2ª REENTRADA na CE: 20-03-2025 - Conforme solicitado, envio do questionário.
Investigador/a/es: Maria João Proença Miranda Vilaranda - Enfermeira
Local de trabalho do IP:
Coordenador/a/es: Armando Manuel Marques Silva; José Herminio Gonçalves Gomes
Co-Investigador/a/es: [redacted]
Promotor: Maria João Proença Miranda Vilaranda
Serviço de Realização: [redacted]

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CE - Comissão de Ética na Unidade Local de Saúde de Coimbra, reunida em 29 de Abril de 2025, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"A Comissão tomou conhecimento dos esclarecimentos prestados. O parecer favorável já tinha sido emitido, pelo que se encerra o respetivo processo administrativo".

Com os melhores cumprimentos, *Fredy Passos*

[Signature]
A Comissão de Ética da ULSCoimbra

APÊNDICE 6

CURRICULUM VITAE DA INVESTIGADORA

Curriculum Vitae

Maria João Proença Miranda Vilaranda

Residente em Coimbra, mãe de 3 filhos, nasceu em Lisboa.

Gosto pela leitura, viagens, pratica Ballet e Pilates

Nacionalidade: Portuguesa | Cédula Profissional: 55582



De junho de 2015 até ao presente

Enfermeira de Família, **USF Coimbra Celas**, ULS Coimbra.

Tutora de alunos do 3 e 4º ano da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

De janeiro de 2007 a junho de 2015

Enfermeira de Família **UCSP Mira**, no ACeS do Baixo Mondego, da ARS do Centro.

Tutora de alunos do 3 e 4º ano da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ensino Académico

De setembro de 2023 até ao presente

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária- Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola de Enfermagem de Coimbra.

De setembro de 2002 até junho de 2006

Curso de Licenciatura em Enfermagem no Instituto Politécnico de Saúde do Norte- Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Grupo CESPU (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário).

Ensinos clínicos realizados:

- Hospital de S. João: Serviços de Obstetrícia, Medicina Mulheres, Medicina Homens e Nefrologia IPO Porto: Bloco Operatório e Serviço de Cirurgia
- Hospital da Arrábida: Bloco Operatório e Serviço de Cirurgia
- Hospital Maria Pia: Consultas Externas, Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência e Bloco Operatório
- Centro de Saúde de Paredes
- Hospital Psiquiátrico Conde Ferreira: Unidade de Perturbações Aditivas

Outras Atividades (últimos 10 anos)

- Elo de Ligação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) na USF Coimbra Celas desde outubro de 2022.
- Co-responsável do Material de Farmácia e Armazém na USC Coimbra Celas (2019 a janeiro de 2021).
- Elo de ligação de Reumatologia da USF Coimbra Celas (2019-2020)
- Membro do Grupo de Estudos de Cuidados de Saúde Primários da Sociedade Portuguesa de Diabetologia desde 2018.
- Membro da Sociedade Portuguesa de Diabetologia desde 2016.
- Frequentou o Curso Diabetes School 2016 na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (30horas - junho de 2016)
- Frequentou o Curso de Conselheiros em Aleitamento Materno no ACES Baixo Mondego, UCC Norton de Matos e USF Topázio (40h- janeiro de 2016).

