



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Cláudia Maria Lopes da Silva

Coimbra, maio de 2025



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório Final de Estágio

Funcionalidade familiar e os conhecimentos sobre sexualidade nas famílias com adolescentes

Cláudia Maria Lopes da Silva

Orientadora: Doutora Aliete Cunha Oliveira, Professora da Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra

Co-Orientador: Doutor Rogério Rodrigues, Professor da 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 da Enfermagem de
Saúde familiar

Coimbra, maio de 2025

Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

Agradecimentos

No culminar deste percurso académico, é com profunda gratidão que expresso os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste mestrado.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Aliete e ao Professor Rogério pela sua orientação académica, pela disponibilidade em partilhar os seus conhecimentos e pela contribuição na estruturação deste relatório. O vosso apoio foi essencial para o rigor e a qualidade deste trabalho.

Agradeço ao Professor Armando pela sua disponibilidade e ajuda na condução do estudo quantitativo.

Um agradecimento especial à enfermeira orientadora Ana Sofia Mendes, cuja dedicação e orientação durante o estágio foram determinantes para a aplicação prática e o enriquecimento das competências adquiridas. A sua experiência, paciência e disponibilidade foram fundamentais para o sucesso desta etapa.

Às minhas colegas Sofia e Susana, companheiras desta jornada, com quem partilhei desafios, aprendizagens e conquistas, expresso a minha sincera gratidão. Sem o vosso companheirismo, apoio mútuo e partilha, este percurso teria sido muito mais difícil.

O apoio incondicional, encorajamento constante e ajuda sempre presente das minhas colegas de trabalho Otilia e Maria João.

Por fim, mas não menos importante, agradeço profundamente à minha família – ao meu marido, aos meus filhos e aos meus pais – que foram o meu pilar ao longo deste percurso. O vosso amor incondicional, compreensão e apoio inestimável foram cruciais para superar os momentos mais desafiantes e alcançar este objetivo.

A todos vós, devo uma parte significativa deste marco alcançado. Este relatório final de estágio não é apenas um reflexo do meu esforço, mas também do suporte, incentivo e amor que recebi de cada um de vós ao longo deste percurso.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

A família, enquanto estrutura central da sociedade, encontra-se em constante transformação, exigindo respostas adequadas por parte dos enfermeiros de família. A Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo a evoluir neste sentido, capacitar os enfermeiros para intervir eficazmente em contextos familiares diversos.

Em Portugal, o aumento das gravidezes na adolescência e das infeções sexualmente transmissíveis, evidencia a urgência de promover a literacia sobre a sexualidade desde cedo, sendo os pais as figuras fundamentais neste processo educativo.

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, com foco no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, e desenvolver uma componente de investigação cujo objetivo foi analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes.

Como metodologia nas atividades clínicas foi descrito o cuidado à família como unidade de cuidados, a liderança de intervenções baseadas em evidência científica e a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Na componente de investigação, foi realizado um estudo de natureza quantitativa, descritiva e correlacional, numa amostra de 44 famílias com adolescentes entre os 12 e os 15 anos. O instrumento de recolha de dados, aplicado a um dos pais presente na consulta de saúde juvenil do adolescente, é composto por três partes: dados sociodemográficos, a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES IV) e o Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS). Os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo sistema operativo SPSS. Todos os procedimentos éticos e legais foram devidamente respeitados, tendo-se obtido o consentimento informado de todos os participantes, bem como as autorizações necessárias por parte dos autores dos instrumentos utilizados e das comissões de ética da ULS Médio Tejo e da UICISA: E.

Como resultados, a experiência de estágio possibilitou uma integração ativa nos contextos de prestação de cuidados, através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, abrangendo todas as fases do processo de enfermagem: avaliação, diagnóstico, planeamento e intervenção. Evidenciou-se a relevância de uma abordagem holística e centrada na família, bem como a necessidade de ultrapassar obstáculos como a resistência à mudança e as limitações de recursos. A vivência deste percurso contribuiu, ainda, para o reforço das competências de liderança, tomada de decisão ética e gestão da qualidade dos cuidados, consolidando a prática profissional numa perspetiva crítica, reflexiva e baseada na evidência.

Os resultados do estudo de investigação, revelaram níveis satisfatórios de funcionalidade familiar e de conhecimentos sobre sexualidade, embora sem correlação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis. Fatores como a idade dos pais e dos filhos, bem como o número de filhos no agregado familiar, influenciam a funcionalidade familiar. Apesar das limitações na recolha de dados e da inexistência de estudos realizados sobre a temática em estudo, este permitiu aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas familiares e reforçou o papel do enfermeiro de família como promotor da educação para a saúde e prevenção de comportamentos de risco.

Esta investigação oferece contributos relevantes para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, apontando para a necessidade de estratégias preventivas ajustadas à realidade sociocultural portuguesa, com vista à promoção da saúde dos adolescentes e das suas famílias. Ao compreender as necessidades específicas das famílias, é possível intervir de forma mais eficaz, promovendo uma saúde familiar mais robusta e sustentável para as gerações futuras.

Palavras-chave: Funcionalidade, Família, Adolescente, Sexualidade, Enfermagem de Saúde Familiar

ABSTRACT

The family, as the central structure of society, is in constant transformation, requiring appropriate responses from family nurses. Family Health Nursing has been evolving in this regard, aiming to empower nurses to intervene effectively in diverse family contexts.

In Portugal, the increase in teenage pregnancies and sexually transmitted infections highlights the urgent need to promote literacy on sexuality from an early age, with parents being key figures in this educational process.

This work aims to reflect on clinical practice in Family Health Nursing, focusing on the development of the specialist nurse's competencies, and to develop a research component whose objective was to analyze the relationship between family functionality and knowledge about sexuality in families with adolescents.

In terms of methodology for clinical activities, the care provided to the family as a unit of care was described, as well as the leadership of evidence-based interventions and the promotion of continuous improvement in the quality of care provided. For the research component, a quantitative, descriptive, and correlational study was conducted with a sample of 44 families with adolescents aged between 12 and 15 years. The data collection instrument, applied to one parent present at the adolescent's youth health consultation, consisted of three parts: sociodemographic data, the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV), and the Sexuality Knowledge Questionnaire (QCS). The data collected were statistically analyzed using the SPSS operating system. All ethical and legal procedures were properly followed, with informed consent obtained from all participants, as well as the necessary authorizations from the instrument authors and the ethics committees of ULS Médio Tejo and UICISA:E.

As results, the internship experience allowed for active integration in care delivery contexts through the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, encompassing all phases of the nursing process: assessment, diagnosis, planning, and intervention. The importance of a holistic and family-centered approach was highlighted, as well as the need to overcome obstacles such as resistance to change and resource limitations. This experience also contributed to strengthening leadership competencies, ethical decision-making, and quality care management, consolidating professional practice from a critical, reflective, and evidence-based perspective.

The research study results revealed satisfactory levels of family functionality and knowledge about sexuality, although no statistically significant correlation was found between the two variables. Factors such as the age of parents and children, as well as the number of children in the household, influenced family functionality. Despite limitations in data collection and the

lack of studies on the subject, this research deepened the understanding of family dynamics and reinforced the role of the family nurse as a promoter of health education and risk behavior prevention.

This research provides relevant contributions to Family Health Nursing practice, pointing to the need for preventive strategies adapted to the portuguese sociocultural reality, aiming to promote the health of adolescents and their families. By understanding the specific needs of families, it is possible to intervene more effectively, promoting stronger and more sustainable family health for future generations.

Keywords: Functionality, Family, Adolescent, Sexuality, Family Health Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

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

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

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

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EOC – Enfermeira Orientadora Cooperante

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

FACES IV - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar versão IV

FEOC – Ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante

IBM SPSS - *International Business Machines Corporation* Statistical Package for the Social Science

ICN - International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MCEEC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

QCS - Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

s.d. – sem data

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSMT – Unidade Local de Saúde Médio Tejo

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Bilhete de Identidade da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ...	19
Figura 2 - Pirâmide etária da população inscrita no Fichero da Enfermeira Orientadora Cooperante.....	22
Figura 3 - Tipos de Família do fichero da Enfermeira Orientadora Cooperante.....	24
Figura 4 - N.º de Famílias por Cada Etapa do Ciclo de Vida de Duvall.....	26
Figura 5 - N.º de Famílias Nucleares por Cada Etapa do Ciclo de Vida de Duvall.....	26
Figura 6 - Genograma Família Z.....	33
Figura 7 - Ecomapa Família Z.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. - Dimensão de desenvolvimento do papel parental do subsistema parental da Família Z e suas intervenções.....	36
Tabela 2. - Indicadores epidemiológicos – taxa de avaliação.....	47
Tabela 3. - Indicadores epidemiológicos – taxa de prevalência.....	48
Tabela 4. - Indicadores de resultado – Ganhos em Saúde.....	48
Tabela 5. - Normalidade da amostra - Teste Kolmogorov-Smirnov ^a vs Teste Shapiro-Wilk.....	64
Tabela 6. - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	66
Tabela 7. - Resposta à questão: “Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?”.....	68
Tabela 8. - Resposta à questão: “Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?”.....	68
Tabela 9. - Coeficiente alfa de Cronbach da Escala FACES IV.....	69
Tabela 10. - Caracterização da Escala FACES IV – itens que compõem as subescalas equilibradas e desequilibradas em níveis.....	70
Tabela 11. - Caracterização da Escala FACES IV –agrupamento das subescalas: equilibrada e desequilibrada.....	71
Tabela 12. - Caracterização da Escala FACES IV –rácios de coesão, flexibilidade e circunplexo total.....	71
Tabela 13. - Caracterização da escala dos conhecimentos sobre sexualidade – QCS....	72
Tabela 14. - Correlação entre funcionalidade familiar e conhecimentos sobre sexualidade – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e QCS.....	72
Tabela 15. - Correlação entre funcionalidade familiar e idade – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e idade.....	73
Tabela 16. - Correlação entre funcionalidade familiar e Sexo – Teste t- Student: FACES IV e sexo.....	73
Tabela 17. - Correlação entre funcionalidade familiar e Estado civil – Teste ANOVA: FACES IV e estado civil.....	73
Tabela 18. - Correlação entre funcionalidade familiar e Habilitações literárias – Teste ANOVA: FACES IV e habilitações literárias.....	74
Tabela 19. - Correlação entre funcionalidade familiar e Tipologia familiar – Teste ANOVA: FACES IV e tipologia familiar.....	74
Tabela 20. - Correlação entre funcionalidade familiar e Número de filhos – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e número de filhos.....	74
Tabela 21. - Correlação entre funcionalidade familiar e Idade dos filhos – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e idade dos filhos.....	75
Tabela 22. - Correlação entre funcionalidade familiar e “Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?” – Teste T- Student: FACES IV e questão.....	75
Tabela 23. - Correlação entre funcionalidade familiar e “Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?” – Teste T- Student: FACES IV e questão.....	75

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – ATIVIDADES CLÍNICAS.....	17
1 - DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	18
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA ORIENTADORA COOPERANTE.....	21
2 - DESCRIÇÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DO CONTRIBUTO DA CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
3 - OUTRAS ATIVIDADES NO DECURSO DA ATIVIDADE CLÍNICA.....	50
CAPÍTULO II – ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO.....	52
1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA.....	53
2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	58
2.1 – OBJETIVOS DO ESTUDO.....	58
2.2 – TIPO DE ESTUDO.....	58
2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	59
2.4 – TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	60
2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	63
2.6 – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	64
2.7 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	64
2.8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	76
3 - OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO.....	81
CONCLUSÃO.....	83
BIBLIOGRAFIA.....	86

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação no 3º Webinar 2023 “Indicadores de Enfermagem – A afirmação da Enfermagem como pilar Fulcral nos Cuidados”

ANEXO 2 - Certificado de participação no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida

ANEXO 3 - Certificado de participação no V Congresso Nacional AUCC

ANEXO 4 - Certificado de participação no XXII ENCONTRO NACIONAL “Novas Políticas, novos rumos para os CSP”

ANEXO 5 - Certificado de participação no XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU

ANEXO 6 - Certificado de participação no "Enfermagem às Quintas – Saúde Escolar: da reflexão à prática"

ANEXO 7 - Certificado de participação no "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática"

ANEXO 8 - Certificado de participação no "Webinar - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência"

ANEXOS 9 - Certificado de participação no III Convenção Internacional dos Enfermeiros "Tempo de respostas"

ANEXO 10 - Certificado de participação no 4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!"

ANEXO 11 - Certificado de participação no II Congresso Internacional: A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO 12 - Certificado de participação no Workshop "As perdas na Família: intervenção em saúde familiar"

ANEXO 13 - Certificado de participação no Workshop "Emoções na Gravidez"

ANEXO 14 - Certificado de participação no Workshop "Mindfulness na parentalidade"

ANEXO 15 - Certificado de participação no International Congresso Family Health (ICFH'25)

ANEXO 16 - Certificado de participação no Ciclo de Webinares "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar- 1a Sessão"

ANEXO 17 - Grelha de cotação da escala FACES IV

ANEXO 18 - Tabela de conversão para percentis da subescala equilibrada da escala FACES IV

ANEXO 19 - Tabela de conversão para percentis da subescala desequilibrada da escala FACES IV

ANEXO 20 - Autorização da coordenadora da UCSP e Diretor Clínico dos CSP, para a realização do estudo na instituição

ANEXO 21 – Parecer da Comissão de Ética da ULS Médio Tejo

ANEXO 22 - Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E

ANEXO 23 – Autorização dos autores para utilização da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar versão IV (FACES IV) no estudo

ANEXO 24 - Autorização dos autores para utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS) no estudo

ANEXO 25 – Certificado de apresentação da comunicação livre intitulada: "*Impacto da úlcera de perna na família*"

ANEXO 26 - Certificado de apresentação do póster "*Queda no Idoso—O envolvimento da Família*"

ANEXO 27 - Certificado de apresentação do póster "*O recurso à terapia compressiva nos cuidados de saúde primários: um estudo de caso*"

ANEXO 28 - Certificado de apresentação do póster "*Funcionamento familiar na transição desenvolvimental na adolescência*"

ANEXO 29 - Certificado de apresentação do póster "*Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS*"

ANEXO 30 - Certificado de apresentação do póster "*Prevenção da Obesidade Infantil: Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz*"

ANEXO 31 - Certificado de apresentação do póster "*A transição desenvolvimental da adolescência e a dinâmica familiar*"

ANEXO 32 - Certificado de apresentação do e-póster "*Funcionalidade familiar e conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes.*"

ANEXO 33 - Certificado de apresentação da comunicação livre "Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos"

ANEXO 34 - Certificado de apresentação do póster "Intervenções mágicas para cuidar: famílias a criar um futuro mais saudável e feliz: boas práticas na prevenção da obesidade"

ANEXO 35 - Certificado de apresentação do póster "Projeto de investigação: funcionalidade familiar e conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes"

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Elaboração do "Manual de acolhimento para profissionais de saúde na UCSP de Abrantes"

APÊNDICE 2 - Instrução de trabalho "Consulta de vigilância do grupo de risco: diabetes e consulta de saúde familiar" e o respetivo folheto

APÊNDICE 3 – Instrumento de recolha de dados: questionário

APÊNDICE 4 – Consentimento informado entregue aos participantes

INTRODUÇÃO

Em Portugal, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem-se como a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo parte integrante da organização do sistema de saúde português, resultando na maior equidade e melhores níveis de satisfação e saúde das populações. Os cuidados primários, fornecidos através dos centros de saúde, desempenham um papel crucial na prestação de serviços de saúde acessíveis, abrangentes e coordenados para pessoas de todas as idades e origens. No foco desse sistema estão os enfermeiros de família, cujo papel é fundamental na prestação de cuidados holísticos e centrados no utente e sua família. Desempenham um papel muito importante na coordenação dos cuidados e na sua prestação, na educação dos utentes e na promoção de estilos de vida saudáveis (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015).

A família é considerada como uma unidade básica da sociedade, sendo cada vez mais reconhecida pela sua relevância na saúde e na doença dos seus membros. No entanto, devido à sua diversidade de formas e significados, é complicado definir a família de uma única forma. A sua configuração muda ao longo do tempo e varia conforme o contexto geográfico, social e cultural. Em geral, a ideia de família refere-se a um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco ou afinidade, que vivem juntas e se apoiam mutuamente. Esta definição, no entanto, é muito abrangente e adapta-se conforme a perspetiva adotada (Rebelo, 2018).

Vivemos num tempo de mudanças, onde ocorrem alterações na esfera política, económica, sociodemográfica e cultural. Estes acontecimentos traduzem-se na estrutura familiar resultando em novas formas de organização familiar, é exemplo do aumento das famílias monoparentais, casais sem filhos, diferentes tipos de uniões e famílias unitárias. Apesar destas transformações a enfermagem nunca se dissociou destas carências pelo que houve o surgimento e desenvolvimento da especialidade de enfermagem em saúde familiar, para dar resposta a estas novas solicitações (Fernandes, 2014). Para intervir e assistir a família a ultrapassar estes novos desafios, é necessário dotar os enfermeiros de meios e ferramentas que proporcionem o conhecimento e entendimento das dinâmicas internas da família (Henriques & Santos, 2019).

Silva (2016), no seu estudo, constatou que, “a organização dos cuidados de enfermagem pelo método de enfermeiro de família influencia as intervenções dos enfermeiros no trabalho com famílias, as perceções, as motivações e as necessidades que os enfermeiros apresentam para uma melhor qualidade nos cuidados” (p.225).

A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem à família como um todo, sem esquecer os seus membros individualmente. Estes cuidados à família desenvolvem-se numa relação terapêutica, dinâmica e recursiva caracterizada pela

elaboração de soluções promotoras de mudança, a partir das potencialidades da família e respeitando a sua realidade (Ferreira et al., 2020, p. 8).

Este relatório insere-se na Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do 3º semestre do 2º ano do III Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, e pretende descrever a importância do ensino clínico na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), contextualizando as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF), dando ênfase à responsabilidade profissional, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, além da capacidade de cuidar da família como unidade de cuidados, liderar processos de intervenção na enfermagem de saúde familiar e realizar atividades de investigação baseada na prática clínica.

Os objetivos de aprendizagem e competências visam desenvolver uma intervenção especializada em enfermagem de saúde familiar, julgamento clínico, liderança e colaboração em processos de intervenção, e integração de estudos e referenciais teóricos pertinentes. O foco está na construção de habilidades para avaliar, conceber e implementar cuidados especializados à família, além de sustentar a prática clínica com base em evidências científicas (Decreto-lei nº 74/2006, de 24 de março).

Durante a prática clínica, foram observadas diversas dificuldades enfrentadas pelas famílias com filhos adolescentes, especialmente no que diz respeito ao papel parental, nas dimensões: conhecimento do papel e comportamentos de adesão. Detentora de conhecimentos, fundamentados em modelos conceptuais, que me permitem avaliar e intervir nas famílias holisticamente, percebo que muitas famílias apresentam um conhecimento não demonstrado em várias áreas cruciais para o desenvolvimento saudável dos adolescentes (Figueiredo, 2012). Estas áreas incluem o conhecimento dos pais sobre a vigilância de saúde, as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência, bem como o estabelecimento de regras estruturantes (Pereira, 2018).

A pertinência da investigação sobre o funcionamento familiar e a sexualidade dos adolescentes é de extrema importância para a prática clínica em saúde familiar. Ao compreender melhor as dificuldades enfrentadas pelas famílias e o impacto dessas dificuldades nos comportamentos sexuais dos adolescentes, posso desenvolver intervenções preventivas mais eficazes e abrangentes, promovendo a saúde e o bem-estar das famílias com adolescentes (Neves, 2015). Como enfermeira especialista em saúde familiar, tenho uma posição privilegiada para liderar esta investigação, utilizando o conhecimento, fundamentado nos modelos conceptuais, para avaliar e intervir nas famílias de forma holística. Ao cuidar a

família como unidade de cuidados e de cada membro individualmente, promovo a capacitação familiar ao longo do ciclo vital e durante as suas transições, abrangendo todos os níveis de prevenção. Este estudo promove e sustenta uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, ao proporcionar uma abordagem coesa e integrada. Isso permite a obtenção de indicadores robustos e relevantes, que refletem com precisão os ganhos em saúde das famílias, facilitando a avaliação do impacto das intervenções, contribuindo assim para uma melhoria contínua dos cuidados prestados (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Para fundamentar as intervenções descritas neste relatório, a pesquisa foi complementada pelo uso de plataformas de sistemas de informação, nomeadamente o MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais), o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), e o SClinico. Foram consultadas e analisadas diretrizes políticas nacionais, assim como normativas da Ordem dos Enfermeiros. Adicionalmente, recorreu-se a bases de dados científicas para integrar a evidência no planeamento dos cuidados de enfermagem em saúde familiar, através de artigos científicos. Como suporte metodológico, utilizou-se também literatura cinzenta. Para a análise estatística, utilizou-se o Microsoft Excel no tratamento dos dados populacionais do primeiro capítulo e o programa informático IBM (*International Business Machines Corporation*) SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 27.0, na análise dos dados do estudo de investigação.

O presente relatório encontra-se estruturado de forma a dar resposta aos objetivos desta unidade curricular, dividindo-se em dois capítulos: o primeiro dedicado às atividades clínicas e o segundo às atividades de investigação. No Capítulo I, é apresentado a caracterização do contexto clínico da unidade de saúde onde foi desenvolvido o estágio, e a análise e descrição do ficheiro familiar da enfermeira orientadora cooperante. É também feita uma descrição crítica das atividades desenvolvidas e do contributo da clínica para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar. São descritas outras iniciativas que refletem o envolvimento ativo e intencional na prática especializada, promovendo o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

O Capítulo II foca-se nas atividades de investigação, abrangendo a justificação e o enquadramento da problemática, a descrição dos procedimentos metodológicos, assim como a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Adicionalmente, são apresentadas outras iniciativas de investigação desenvolvidas ao longo deste percurso académico.

Termina com as considerações finais, que inclui uma reflexão sobre o percurso realizado, destacando os principais resultados da investigação, bem como as limitações identificadas.

CAPÍTULO I – ATIVIDADES CLÍNICAS

1 - DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

As unidades curriculares de Prática Clínica e Estágio com Relatório de Enfermagem de Saúde Familiar decorreram numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Unidade Local de Saúde Médio Tejo, sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar.

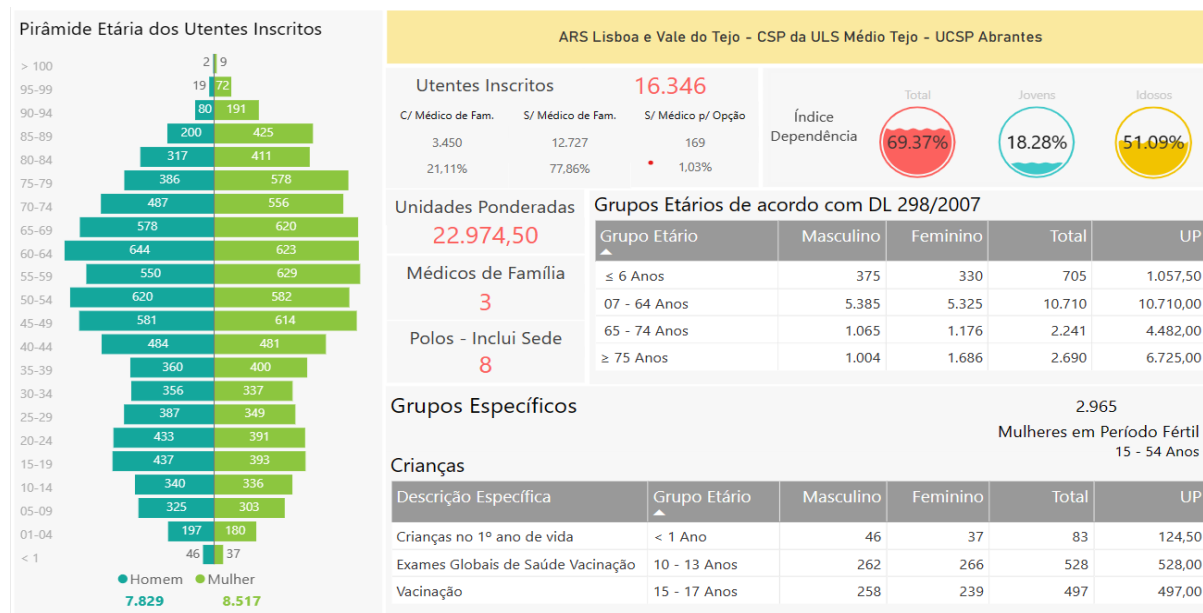
A UCSP insere-se num concelho do Médio Tejo com uma área demográfica de 713.46 km² (Município de Abrantes, s.d.), e segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nos CENSOS de 2021 a população residente é de 34.329 habitantes, 16.434 homens e 17.895 mulheres. O município apresenta oposições demográficas, uma baixa taxa de população jovem (dos 0 aos 14 anos) com 3.514 jovens e uma população envelhecida (dos 65 ou mais anos) com 10.687 idosos, o que traduz o aumento da esperança média de vida. A faixa etária mais representativa é entre os 15 e 64 anos, que indica uma população, consideravelmente, ativa. Em 2021, o número de famílias era de 14.798 (PORDATA, 2024).

Segundo o BI-CSP, no mês de maio de 2024 (Figura 1), a UCSP tinha 16.346 utentes inscritos, em que 3.450 tinha médico de família atribuído e 12.727 não tinha médico de família atribuído. O índice de dependência total é de 69,37%, dos quais 51,09% corresponde a idosos dependentes de cuidados e 18,28% são jovens dependentes (SNS, 2024).

Da observação da forma da pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP pode-se verificar que apresenta uma base estreita, indicativa de poucos jovens e, portanto, de uma baixa taxa de natalidade, e um topo mais largo, significativo de uma elevada proporção de idosos em resultado da menor mortalidade e elevada esperança de vida. Tal fator deve-se à melhoria das condições de vida da população, na assistência médica, na alimentação e na higiene, a mortalidade tende a diminuir e as pessoas a viverem mais anos. O predomínio é da população feminina e a faixa etária com maior prevalência é dos 60 - 64 anos (n=1267), seguido da faixa etária 50 – 54 anos (n=1202) com semelhança numérica em ambos os sexos. No que respeita à população jovem é notória a escalada de população consoante a idade sendo os adolescentes dos 15 - 19 anos (n=830) a maior percentagem. No que respeita às mulheres em período fértil (15- 54 anos) apenas existem n=2965 (SNS, 2024).

Figura 1

Bilhete de Identidade da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



Fonte: Bilhete de Identidade da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (maio, 2024)

A UCSP localiza-se no 1º andar do edifício da antiga Casa de Saúde deste município, com início de atividade em 20 de março de 2007. A sede aloca-se neste edifício e abrange as freguesias circundantes, perfazendo 7 polos de saúde, onde prestam cuidados de saúde com a equipa nuclear de saúde familiar desses mesmos polos de saúde. Tem uma equipa multidisciplinar constituída por 8 médicos, 16 enfermeiros, 12 secretários clínicos. Na sede da UCSP onde desenvolvi a prática clínica, existe duas equipas de saúde familiar, constituídas por um médico de família, um enfermeiro de família, um secretário clínico e há um assistente operacional que dá resposta às duas equipas.

No espaço físico existe uma sala de enfermagem para realização de consultas e uma sala de tratamentos. Há três gabinetes médicos, dos quais dois são dos médicos com lista de utentes atribuídos e o outro é do médico da consulta de intersubstituição, há uma sala de espera única e um gabinete administrativo com balcão de atendimento ao público. Existe uma sala que é o armazém avançado com material para realização de tratamentos e medicação. No mesmo espaço físico integra-se a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e da Unidade de Saúde Pública (USP) que têm respetivamente dois gabinetes da equipa da UCC, inclusive um ginásio para as aulas de preparação para a parentalidade, dois gabinetes da Saúde Pública e um gabinete do delegado de saúde.

A missão da UCSP é garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, estes cuidados devem ser acessíveis, contínuos e

abrangentes. Tem como princípios orientadores: a garantia de acessibilidade, de forma que os utentes possam aceder aos cuidados de saúde quando necessário; a globalidade de cuidados, oferecendo uma variedade de serviços para atender as necessidades da população; a continuidade de cuidados, assegurar que os utentes recebam cuidados ao longo do tempo e qualidade, fornecer cuidados de excelência e qualidade.

Como compromisso assistencial da UCSP, o horário de funcionamento é de 2^a a 6^a feira das 8h às 18h, encontrando-se encerrada aos sábados, domingos e feriados, tem um balcão de atendimento com sistema de marcação, atendimento e orientação de utentes por parte dos secretários clínicos, tem um sistema de renovação de prescrição, um sistema de substituição dos profissionais, articulação com as outras unidades funcionais do concelho pertencentes à Unidade Local de Saúde Médio Tejo (ULSMT) e como oferta e carteira básica de serviços tem consultas de medicina geral e familiar para cuidados de saúde ao utente e família, nas diferentes etapas da vida; consultas de enfermagem para prestação de diversos tipos de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, administração de vacinas preconizadas pelo Plano Nacional de Vacinação. As consultas médicas e de enfermagem dão resposta às consultas de programas de saúde como: planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, saúde do adulto, saúde do idoso, hipertensão arterial, diabetes, rastreio do cancro do colo do útero e do colo retal. É contemplado no plano de ação consultas médicas e de enfermagem ao domicílio, bem como a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio para utentes que não se conseguem deslocar à UCSP, existindo também a consulta ao recém nascido e puérpera após os 15 dias da alta hospitalar, inscritos na UCSP com o objetivo de avaliar o bem estar do bebé e da família, bem como dar orientações aos pais, sobre duvidas que possam ter. Há também uma consulta de intersubstituição de 2^a a 6^a feira, das 8h às 18h, realizada por uma médica de medicina geral e familiar, para dar resposta ao elevado número de utentes sem médico de família e a situações agudas, a utentes inscritos na UCSP (ACSS, 2008).

O método de trabalho é o método de enfermeiro de família, como o método de organização dos cuidados utilizado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados à sua lista de famílias, fazendo parte duma equipa nuclear de saúde familiar, como referida anteriormente (Silva, 2016). Cada enfermeiro de família tem um ficheiro de utentes e famílias associado a si, permitindo este método de trabalho ser centrado na prestação de cuidados de saúde primários abrangentes e continuados a indivíduos e famílias ao longo do ciclo de vida. Este modelo de atendimento enfatiza a promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de condições crónicas e apoio às famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, 2014). Como trabalham em conjunto com as outras unidades funcionais é de ressaltar o trabalho em equipa de cooperação e

complementaridade de funções que exercem para satisfazer as necessidades dos utentes/população abrangida, é o caso da visita domiciliar para tratamentos que é efetuada por um enfermeiro que está escalado para aquele dia, não sendo deste modo o enfermeiro de família do utente a realizar o tratamento sistematicamente.

Os modelos de prática profissional em enfermagem referem-se a um conjunto de princípios, teorias e orientações que norteiem a prática dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde promovendo uma estrutura e definindo um novo rumo de forma a obter resultados exemplares. Existem diferentes modelos de prática em enfermagem, cada um com as suas características e abordagens (Ribeiro et al., 2016).

Apesar da UCSP não ter um manual de acolhimento e integração, os enfermeiros da unidade de saúde não seguem nenhum modelo específico de orientação conceptual de cuidados. É utilizado na UCSP o processo de enfermagem no aplicativo SClinico, que tem por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) que tem uma abordagem centrada na família, e pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros que prestam cuidados às famílias. Este modelo baseia-se no pensamento sistémico, onde a família é vista como o foco principal, mas sem ignorar as necessidades individuais de cada membro da família (Silva, 2016).

Colocar em prática a avaliação e intervenção baseado neste modelo é necessária uma abordagem colaborativa com a família para identificar as suas necessidades, perceber as suas forças e potenciais, e promover a sua evolução, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança com os enfermeiros de saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Porém, verificou-se que não são efetuados os registos dos cuidados de enfermagem da família na área do processo familiar no aplicativo SClinico, não sendo deste modo realizadas avaliações para formular diagnósticos nem atuar com intervenções direcionadas. Silva, em 2016 constatou no seu estudo que “independentemente do método de organização de cuidados, do tipo de unidade funcional e do aplicativo informático em uso nas diferentes unidades, os enfermeiros não produzem diagnósticos de enfermagem de família nos padrões de documentação” (p.214).

1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DA ENFERMEIRA ORIENTADORA COOPERANTE

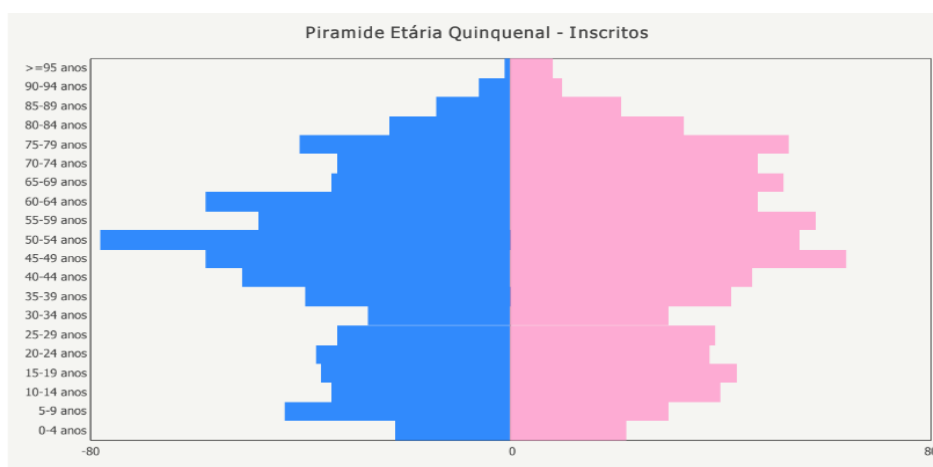
A caracterização de um ficheiro de enfermagem de saúde familiar é fundamental para a compreensão das necessidades e contextos das famílias. A enfermagem de saúde familiar envolve a avaliação e intervenção junto das famílias, considerando-as como unidades básicas da sociedade (Rebelo, 2018). Os enfermeiros especialistas em saúde familiar desempenham um papel crucial nesse processo, atuando como elo de ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade.

No que respeita à caracterização do ficheiro de forma a recolher informação sobre o número de famílias, o tipo de famílias e a fase do ciclo de vida em que se encontram segundo o Ciclo Vital de Duvall, que é o autor adaptado para esta caracterização no processo familiar, foram consultadas as aplicações SClinico e MIM@UF durante o mês de maio, com resultados referentes ao mês de abril, os quais foram transcritos para uma base de dados e analisados no programa informático Microsoft Excel. Desta forma, foram identificados 1888 utentes perfazendo 871 famílias inscritas no ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante (EOC).

Comparando à pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP e as idades do ficheiro da EOC, percebe-se a correlação e proporção, pois em ambos há uma população significativamente envelhecida existindo no ficheiro 405 pessoas com idade ≥ 65 anos o que corresponde a 24,5% da população inscrita no ficheiro. Grande percentagem do ficheiro, 71% corresponde à população com idade compreendida entre os 7 - 64 anos, com 1168 utentes. A faixa etária com maior expressividade de utentes do ficheiro da EOC é dos 50 - 54 anos e dos 45 - 49 anos, com $n=237$ e $n=221$, respetivamente, conforme a pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP (Figura 2).

Figura 2

Pirâmide etária da população inscrita no Ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante



Fonte: MIM@UF (maio, 2024)

Conforme os dados dos programas de saúde do ficheiro de enfermagem, verificou-se que existe 249 utentes em idade fértil no programa de saúde reprodutiva e planeamento familiar, 8 mulheres no programa de saúde materna, 274 utentes (idade dos 0 - 12 anos) em saúde infantil, 111 utentes (idade 13 – 18 anos) em saúde juvenil, 294 utentes no programa de hipertensão, 154 utentes no programa de diabetes, 372 mulheres inseridas no programa de rastreio do cancro do colo do útero. No programa saúde da família estão contempladas 3 famílias, o que demonstra que os cuidados à família ainda estão muito aquém do que é esperado e que a visibilidade da saúde familiar e a prática da mesma tem de ser divulgada e aumentar o potencial do exercício profissional para responder às necessidades das famílias

em cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2009). No decorrer dos estágios realizei um total de 57 consultas de saúde familiar, procedendo à respetiva avaliação no processo familiar, de forma a identificar as dinâmicas, as necessidades e intervenções adequadas para a promoção da saúde e do bem-estar familiar.

Silva (2016), sugere no seu estudo que a metodologia do enfermeiro de saúde familiar seja um requisito nas Unidades de Saúde Familiar e UCSP, para a organização dos cuidados, mas para isso tem de se dotar as unidades funcionais com um número suficiente de enfermeiros, adequando-se ao número de utentes e famílias inscritas. Como é notório no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante que tem 871 famílias sendo o rácio preconizado de 350 famílias por 1 enfermeiro de família, e 1550 utentes e o ficheiro contempla 1888 utentes inscritos, é por esta dotações seguras não serem respeitadas que os cuidados respeitantes à saúde familiar também não são os adequados (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

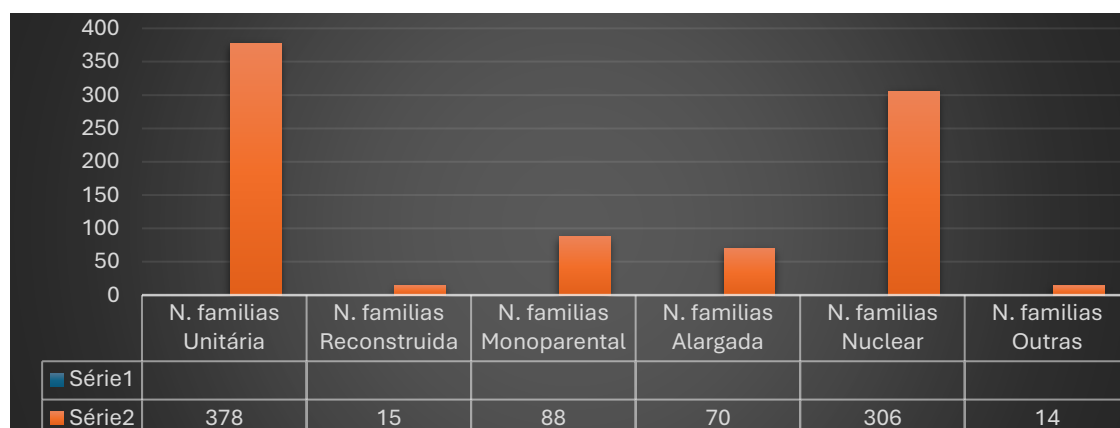
A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2002, conforme citado por Figueiredo, 2009, p. 29).

Existem várias designações de família conforme a sua composição, o Internacional Council of Nurses (ICN), através da CIPE (2015), define várias configurações familiares: família unitária: apenas existe uma pessoa no agregado familiar; família nuclear: constituída pelo marido, esposa e um ou mais filhos; família alargada: grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo: avós, tios, primos; família monoparental: composta pela figura parental única; pai, mãe ou outro cuidador e a presença de um ou mais crianças ou outros dependentes; família reconstituída: famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores.

No que concerne à tipologia das famílias que está predefinida na aplicação SClinico na avaliação do Processo Familiar, no ficheiro da EOC existe: 378 famílias “Unitária”, 306 famílias “Nuclear”, 70 famílias “Alargada”, 88 famílias “Monoparental”, 15 famílias “Reconstruída” e 14 famílias que não se inserem em nenhuma tipologia anterior e é considerada como “Outras”, como é o caso de irmãos a viverem juntos (Figura 3).

Figura 3

Tipos de Família do ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante



Segundo Rebelo (2018), desde o início do século XXI, é notória a modernização da sociedade portuguesa, havendo grandes transformações nas famílias, tais como o aumento do número de famílias, enquanto a sua dimensão média está cada vez mais reduzida, como se constata nesta análise em que as famílias unitárias (n=378) que corresponde a 43% do ficheiro da EOC, prevalecem sobre as famílias nucleares (n=306) que são 35% da totalidade das famílias analisadas. Este facto pode dever-se a dois fatores, o aumento de pessoas imigrantes que residem sozinhas, ou pelo facto de haver utentes de um agregado distribuídos pelas duas listas de utentes das enfermeiras da UCSP e não estarem juntos numa só lista da enfermeira de família, isto deve-se a situações que não são conhecidas e não são retificadas, ou por opção dos utentes.

O número de famílias monoparentais (n=88) corresponde a 10% do ficheiro da EOC, o que é corroborado por Rebelo (2018), que afirma que a estrutura familiar com maior representação continua a ser o casal com filhos, abrange perto de 40% da população em Portugal. Embora haja uma redução nas famílias nucleares, em relação às famílias monoparentais, que também tiveram uma redução em termos estatísticos, aproximadamente de 10% e são maioritariamente constituídas por mães e filhos, contudo as famílias monoparentais masculinas também estão a aumentar.

As estruturas familiares complexas, como são as famílias alargadas (n=70, corresponde a 8% do ficheiro), são constituídas pelo núcleo conjugal ou parental com outras pessoas, que normalmente integram os idosos necessitados de cuidados, ou por vezes devido a uma separação de família nuclear, a família monoparental é acolhida pela família de origem (Rebelo, 2018).

Vivemos num mundo em constante mudança, com transformações políticas, económicas, sociodemográficas e culturais frequentes. Esses acontecimentos tiveram impacto na estrutura

familiar, resultando em alterações na sua composição e no surgimento de novas configurações. Exemplos dessas mudanças incluem o aumento de famílias monoparentais, casais sem filhos, diferentes tipos de uniões e o crescimento do número de pessoas a viver sozinhas (Henriques & Santos, 2019).

O Ciclo Vital da Família é um conceito que descreve os períodos de mudança pelos quais as famílias passam ao longo de suas vidas. Essas mudanças são consideradas previsíveis e seguem uma sequência específica de transformações na estrutura e dinâmica familiar. Cada fase desse ciclo é marcada pelo cumprimento de tarefas específicas de desenvolvimento familiar, com o objetivo de garantir a continuidade e o funcionamento saudável da família. Deste modo, o Ciclo Vital da Família é uma forma de classificar as diferentes etapas pelas quais as famílias passam, destacando as tarefas que devem ser realizadas em cada uma delas para o bem-estar e a evolução da família como um todo (Relvas, 1996 conforme citado por Guardado, 2015).

A classificação das famílias no ciclo de vida permite aos EEESF fazer a avaliação com consequente diagnóstico para intervir de forma holística, direcionada e eficaz, adaptado às mudanças e necessidades específicas que surgem em cada fase do desenvolvimento familiar.

Existem várias classificações do ciclo vital da família, a primeira foi proposta pelo sociólogo Duvall nos anos cinquenta e é a utilizada pelo aplicativo SClinico. Duvall identificou inicialmente quatro etapas definidas, aumentando-as depois para oito, e fazendo a análise do ficheiro da EOC (Figura 4), encontra-se: Etapa I - casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho), n=8, 1%; Etapa II - família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até aos 3 anos de idade), n=12, 1%; Etapa III – família com filhos em idade pré-escolar até à entrada na escola (6 anos), n=23, 3%; Etapa IV - família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência – 13 anos), n=56, 6%; Etapa V - família com filhos adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores), n=64, 7%; Etapa VI - família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa), n =335, 38%; Etapa VII - família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma), n=137, 16%; Etapa VIII - família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família) n=236, 27%.

Figura 4

N.º de Famílias por Cada Etapa do Ciclo de Vida de Duvall

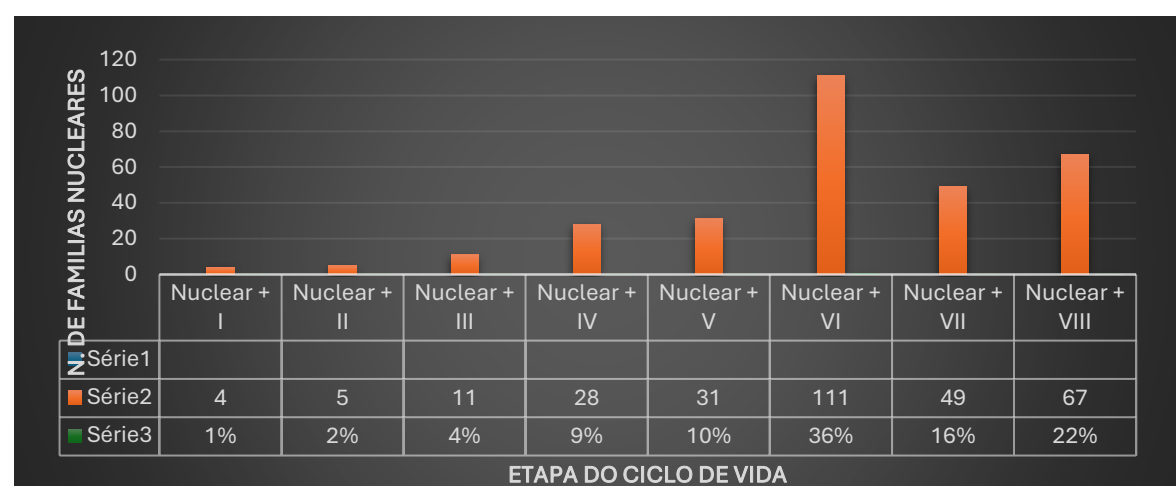


Num quadro de envelhecimento demográfico, como é o de Portugal, é de realçar o aumento de casais sem filhos, onde são maioritariamente casais “ninho vazio” $n=335$ e uma maioria composta por idosos $n=236$, a par de menor proporção de casais mais jovens que protelam a sua transição para a parentalidade, $n=8$ (Rebello, 2018).

A classificação de Duvall foca-se nas tarefas de desenvolvimento familiar, aplicando-se à família nuclear e baseia-se na presença de crianças e na idade do filho mais velho como critérios principais. Deste modo apresento a análise das famílias nucleares consoante o ciclo de vida em que se encontram (Figura 5).

Figura 5

N.º de Famílias Nucleares por Cada Etapa do Ciclo de Vida de Duvall



Ao analisar os dados verifica-se que a etapa VI é a que tem mais expressão nas famílias nucleares, com 36% e este refere-se às famílias com adultos jovens assinalada por um

momento de grande movimentação familiar, ocorrem as saídas dos filhos do sistema e a entrada de parentes por afinidade (como genros, noras, entre outros) e surgem os netos, exigindo assim, uma grande capacidade de adaptação e flexibilidade do sistema (Relvas, 1996 citado por Guardado, 2015). Outra etapa significativa é o VIII, com 22% das famílias nucleares neste estadio, que diz respeito à família idosa em que os pais estão na reforma, a envelhecer, tem de se ajustar ao tempo livre, às mudanças físicas e mentais, bem como lidar com a possível perda de um cônjuge (Figueiredo et al., 2011).

Uma das dificuldades foi classificar as famílias unitárias com idade de jovem adulto e que Duvall não contempla e que seria fácil enquadrá-los segundo a classificação de McGoldrick e Carter (1982), pois englobam o ciclo de vida familiar, na família nuclear, ao iniciar-se com o jovem adulto que se encontra pronto para formar uma nova família, deste modo acabei por enquadrar as famílias que não estão contempladas no ciclo de vida de Duvall consoante a idade do elemento mais velho e associa-las a uma etapa do ciclo vital em uso na aplicação, como é o caso de famílias que se enquadram como “outras” (como referido anteriormente).

É notório que o ciclo de vida de Duvall não está adaptado aos tempos modernos, há uma maior diversidade de estruturas familiares, incluindo famílias monoparentais, famílias reconstituídas, casais do mesmo sexo, famílias sem filhos, famílias alargadas e unitárias. As expectativas e normativas sociais mudaram. Por exemplo, a idade em que as pessoas se casam e têm filhos tem aumentado, e as taxas de divórcio também são mais altas. Além disso, a coabitação sem casamento tornou-se mais comum. A prolongada formação académica e as dificuldades económicas, como a instabilidade no emprego e o custo das habitações, têm levado muitos jovens adultos a permanecerem na casa dos pais por mais tempo, alterando o tradicional "ninho vazio". Essas mudanças afetam a aplicabilidade das etapas definidas por Duvall (Caníço et al., 2010).

O ciclo de vida familiar inclui transições naturais que geram stress, especialmente durante a passagem de uma etapa para outra. Essas transições exigem a mobilização de estratégias de reorganização da família, para manter o sistema em funcionamento e num processo contínuo de transformação. Deste modo, trabalhar com as famílias auxiliando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos consiste no objetivo central da prática em enfermagem de família, participando os enfermeiros de saúde familiar no processo de mudança, numa abordagem co-evolutiva, que respeita as forças da família (Figueiredo, 2009).

As famílias passam por transições que novos contextos exigem mudanças nos padrões familiares. Essas transições podem ser desencadeadas por dois tipos de situações perturbadoras: as normativas, relacionadas com o ciclo de vida da família ou as não normativas, resultantes de eventos stressantes inesperados. Em qualquer dessas transições,

a família adapta-se e evolui, ou tenta manter os seus padrões existentes para continuar a funcionar (Meleis, 1997 conforme citado por Figueiredo, 2012).

Na análise do ficheiro foram identificadas como transições normativas: 8 famílias em transição para a parentalidade e 64 famílias com crianças a transitar para a adolescência, de acordo com a caracterização de Duvall. Relativamente a transições não normativas: 11 famílias estão em transição na situação de papel de cuidador e não foram identificadas mais nenhuma situação de transição deste tipo.

Das 13 famílias avaliadas no decorrer do primeiro ensino clínico, 12 famílias encontram-se na etapa II do ciclo de vida de Duvall, sendo a tipologia: 5 são nucleares, 5 alargadas e 2 reconstituídas. Apenas 1 família se encontra na etapa V e é nuclear.

No âmbito do presente projeto de investigação, centrado nas famílias com adolescentes entre os 12 e os 15 anos, foram identificadas no ficheiro da EOC, 74 famílias, em que 12 famílias são monoparentais, 39 nucleares, 9 reconstituídas e 14 alargadas. Deste conjunto, foram caracterizadas 44 famílias, que constituíram a amostra do estudo. Quanto à tipologia familiar, verificou-se a seguinte distribuição: 8 famílias monoparentais, 33 nucleares, 2 reconstituídas e 1 alargada. Relativamente ao ciclo de desenvolvimento de Duvall, observou-se que 16 famílias se encontram na etapa IV e 28 famílias na etapa V.

A fase da família com filhos adolescentes distingue-se pela busca de um novo equilíbrio entre o indivíduo, o núcleo familiar e o contexto social. Neste período, é importante considerar a expansão dos espaços individuais dentro da família, em resposta à crescente necessidade de autonomia do(a) adolescente. Este(a) enfrenta o desafio de conciliar a dependência com a independência, algo que a família precisa saber gerir de forma adequada (Relvas, 1996). Assim, tanto o subsistema parental quanto o filial devem partilhar o poder, estabelecendo uma relação de complementaridade (Alarcão, 2000).

A enfermagem de saúde familiar tem como objetivo a independência da família e dos seus membros, ajudando-a a crescer na sua capacidade de dar resposta às suas necessidades e no desempenho das suas funções, identificando-a como agente do seu processo de desenvolvimento, com direitos e responsabilidades. Para que os enfermeiros sejam efetivamente facilitadores da mudança, tem de se respeitar a realidade da família (Figueiredo, 2009).

É perante o desenvolvimento destes cuidados e da avaliação e intervenção, que o EEESF desenvolve as suas competências de especialista em enfermagem de saúde familiar: cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

2 - DESCRIÇÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E DO CONTRIBUTO DA CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A família é simultaneamente um todo e as suas partes, possuindo características que vão além da simples soma dos indivíduos que a compõem. Isso significa que cada membro possui uma estrutura relacional e complexa, com funções, papéis e expectativas sociais distintas, tornando cada família única. Mudanças no ciclo de vida da família que afetam, tanto os indivíduos, quanto o seu conjunto, o que possibilita a contínua procura de soluções e mudanças para manter o equilíbrio dinâmico da unidade familiar (Ferreira et al., 2020).

Os subsistemas familiares desempenham funções que se transformam ao longo do ciclo vital. O tipo de família influencia a sua composição e os vínculos entre os membros, o que pode afetar a avaliação e a identificação de necessidades específicas de cuidados de enfermagem. Assim como ocorre com o indivíduo, a família também passa por um ciclo vital, que envolve mudanças e transformações ao longo de sua evolução, influenciando a avaliação e identificação de necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

A interação entre o enfermeiro e a família, desenvolve um processo interpessoal significativo e terapêutico sendo a base dos cuidados de enfermagem. O objetivo é incentivar a participação dos membros da família em todas as fases, promovendo mudanças dentro da família e a utilização de estratégias de *coping* que mobilizem as forças e os recursos disponíveis para ajudar a família a identificar e resolver os seus problemas de forma autónoma, em consonância com os seus projetos de vida e saúde (Figueiredo, 2012).

Os cuidados de enfermagem em saúde familiar focam-se na promoção dos projetos de saúde da família, e as intervenções visam capacitar a família, oferecendo respostas afetivas, cognitivas e comportamentais ao sistema terapêutico. Desta forma, as intervenções de enfermagem centram-se na família e em cada indivíduo que a constitui (Figueiredo, 2012).

Para os enfermeiros decidirem quais as intervenções que tem de realizar para dar resposta às necessidades das famílias em cuidados, é necessário que possam identificar, com rigor, tais necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde é premente a prática de enfermagem centrada na família (Figueiredo, 2009).

Os enunciados da maioria das teorias clássicas eram focados no indivíduo e não na família, como era a teoria do “Ser Humano Unitário” de Rogers; o “Modelo de Adaptação” de Roy; no entanto, as teorias e os modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para a prática de enfermagem à família como a “Teoria da consecução de um objetivo” de King; o “Modelo de Sistemas” de Neuman; a “Teoria do Autocuidado” de Orem; e o “Modelo de Organização sistémica” de Friedemann (Fernandes, 2014).

Não há uma única teoria ou estrutura conceitual que descreva de forma adequada as relações familiares. Nenhuma perspectiva teórica oferece aos enfermeiros uma base de conhecimento e compreensão suficientemente ampla para guiar a avaliação e as intervenções com as famílias (Fernandes, 2014).

A enfermagem, quando tem a família como foco dos cuidados, precisa integrar diversas teorias: a teoria dos sistemas, a cibernética e as teorias de terapia familiar (Wright & Leahey, 1990 conforme citado por Fernandes, 2014). As estruturas conceituais ou teóricas e as abordagens que fundamentam a enfermagem de família surgiram de três grandes tradições e disciplinas: ciência social da família, terapia familiar e modelos de enfermagem (Fernandes, 2014).

O desenvolvimento e aplicação de um modelo de enfermagem direcionado para a família são essenciais para uma avaliação e intervenção familiar eficazes. Utilizando um processo sistemático, é possível identificar as áreas problemáticas da família e destacar as suas forças como ponto de partida para as intervenções. Diversos estudiosos de enfermagem desenvolveram abordagens teóricas que integram algumas das teorias anteriormente referidas tais como: o Modelo de Avaliação da Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar de Hanson e Berkley de 1991; o Modelo de Avaliação de Friedman de 1998; o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família de Wright e Leahey com início em 1984 e desenvolveu-se até 2012, e por fim, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo, 2009. Estes modelos surgiram para ajudar na mudança da prática de enfermagem de família, baseadas em evidências científicas ilustram os esforços realizados para encontrar soluções a respeito da Enfermagem de Família.

Em 2023, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC) da Ordem dos Enfermeiros aprovou como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar na prática clínica o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) de Wright e Leahey, que segundo a MCEEC,

É o modelo que melhor permite um olhar sistêmico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento; tendo sido desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, apresenta uma estrutura multidimensional, integrada, enraizando-se conceitualmente na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. É claramente influenciado pelo pós-modernismo, caracterizado pela decadência das grandes narrativas totalizantes, e pela biologia da cognição; permite avaliar, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares; por ser o modelo que o ICN reconhece como

um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2023, p.2).

Neste contexto e como modelo da avaliação familiar vou abordar o MDAIF, uma vez que é a base do aplicativo SClinico no Processo Familiar, sendo este modelo baseado no MCAIF, mas adaptado à realidade portuguesa.

O MDAIF é também um guia de orientação para a atuação do enfermeiro nos cuidados com as famílias. Contempla três grandes áreas de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Na dimensão estrutural, avaliamos a composição da família, os vínculos entre os membros e com outros elementos importantes, a família alargada, bem como o contexto que a família se insere. Para realizar esta avaliação temos vários instrumentos disponíveis, tais como o Genograma (o diagrama da família, composto por dados como: relacionamentos, transições, padrões relacionais, ocupação e saúde ao longo do tempo. Inclui no mínimo três gerações) e o Ecomapa (relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos e as redes de apoio familiar, dá ênfase ao estado atual da família). As áreas de atenção de enfermagem são: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2012).

A dimensão de desenvolvimento simplifica a compreensão dos fenómenos familiares, percebendo a sua evolução funcional, estrutural e inter-relacional ao longo do tempo. As áreas de atenção de enfermagem são: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2012).

A dimensão funcional, foca-se nas interações diárias da família e como os membros se relacionam entre si, através dos padrões com que eles comunicam, exprimem emoções, a capacidade de resolver problemas, importância dada aos problemas familiares e aos fatores de *stress*. Contempla duas áreas de atenção: papel de prestador de cuidados e o processo familiar. As cinco subdefinições do processo familiar são: a comunicação familiar; *coping* familiar, interação de papéis familiares; relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista comum e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar são muito importantes para desenvolver conhecimentos e competências na avaliação familiar, adotando uma abordagem à família como foco e não como contexto da prática de cuidados de enfermagem potenciando desta forma os ganhos em saúde às famílias (Henriques & Santos, 2019).

O processo de enfermagem à família divide-se em várias fases, a colheita de dados, diagnóstico de enfermagem familiar, o prognóstico de enfermagem familiar, implementação e avaliação de resultados.

O MDAIF utiliza o processo de enfermagem para capacitar a família a adaptar-se a possíveis mudanças no seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental. Este processo é contínuo e progride de estádios menos complexos para estádios mais complexos, acompanhando o ciclo de vida familiar. O objetivo é alcançar melhorias na saúde da família que sejam perceptíveis devido aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Em presença de consultas de enfermagem com famílias, abordei sempre a metodologia do MDAIF, apesar da dificuldade cronológica e na impossibilidade de acompanhar todas as famílias em todas as fases que o modelo preconiza, decidi realizar uma avaliação mais abrangente a uma só família que consegui acompanhar ao longo dos dois estágios.

Desta forma, optei por escolher uma família que recorreu à consulta de enfermagem e médica por motivos de saúde de todos os elementos. Abordei a família e expliquei o objetivo da minha intervenção na consulta de enfermagem, como aluna de mestrado de EECAESF e após o consentimento desta família realizei a entrevista e os registos no Processo da Família no SClinico, sendo avaliada através da matriz operativa do MDAIF, desenvolvendo as minhas competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar.

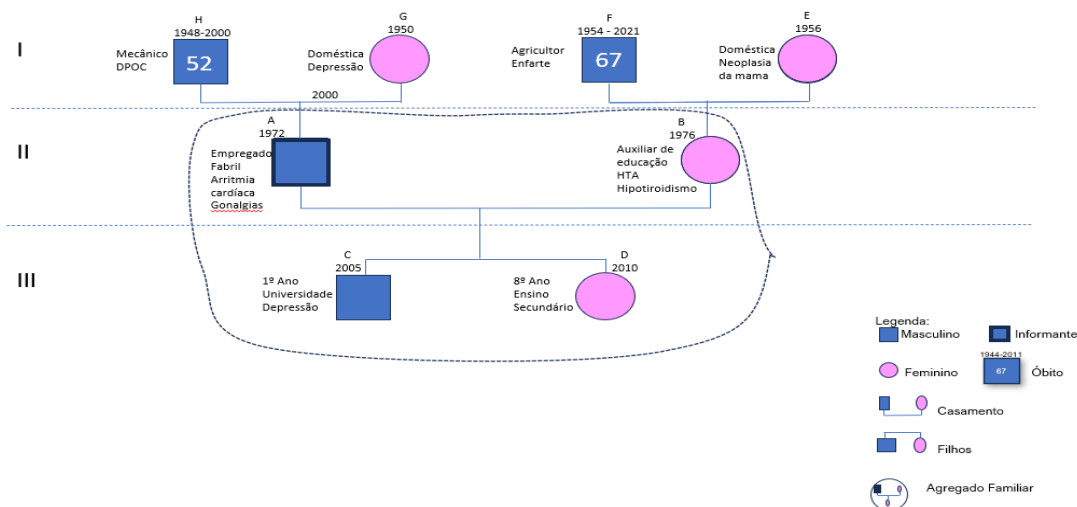
Todos os dados de identificação de cada membro serão ocultados, devido à proteção de dados e sigilo profissional, mas serão identificados por letras do alfabeto, os restantes dados como idade, patologias, relações familiares são reais.

Deste modo realizei a entrevista com base na matriz operativa do MDAIF, com início na avaliação da dimensão Estrutural onde vou descrever a caracterização da família, com a sua composição, o tipo de família e a família extensa.

A família Z é uma família nuclear, composta por quatro elementos, o pai A com 52 anos, e a mãe B de 48 anos, que compõe o casal, e os filhos biológicos do casal, o filho C de 19 anos e a filha D de 14 anos, conforme o Genograma da família (Figura 6).

Figura 6

Genograma Família Z



O pai “A”, tem o 12º de escolaridade e trabalha por turnos numa fábrica e o seu trabalho é manusear um martelo elétrico o que lhe está a implicar problemas de saúde, relativamente dores na região dorsal e membros superiores, o motivo pelo qual recorreu à consulta da UCSP, devido a estes problemas de saúde a relação com o trabalho é muito fraca, como antecedentes pessoais tem arritmia cardíaca e gonartroses. “A” teve um pai “H” que era mecânico e faleceu em 2000 com 52 anos devido uma agudização da patologia que o acompanhava desde os 30 anos de idade, doença pulmonar obstrutiva crónica; tem “G”, sua mãe com 74 anos cuja vida foi sempre doméstica, sempre fechada em casa devido a uma depressão, reside num concelho próximo onde reside o filho “A” e veem-se todos os fins de semana.

A mãe “B” também tem o 12º ano de escolaridade e é auxiliar de educação numa escola básica do concelho onde reside, trabalho que adora, pois, gosta muito de crianças. Como antecedentes tem hipertensão arterial e hipotiroidismo, doenças que segundo “B” estão medicadas e controladas, o motivo pela consulta deste dia foi de rotina. Presentemente tem a mãe “E” com 68 anos também doméstica e teve recentemente um cancro da mama, mas que está em fase de tratamento e “B” acompanha a mãe “E” às consultas e tratamentos no hospital, apesar desta ser autónoma em todas as suas atividades de vida diárias. “E” ajudava o marido “F” na agricultura que era a fonte de rendimento do casal, “F” faleceu em 2021 com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio com 67 anos. “E” também reside no mesmo concelho de “G”, por isso também é visitada todos os fins de semana pela filha e restante família. Os membros do casal são ambos filhos únicos e residem numa cidade que não é a sua de origem de nascimento e crescimento, não tendo apoio familiar nesta localidade, mas têm uma vasta rede de amigos que lhes dá apoio e com quem têm uma excelente relação.

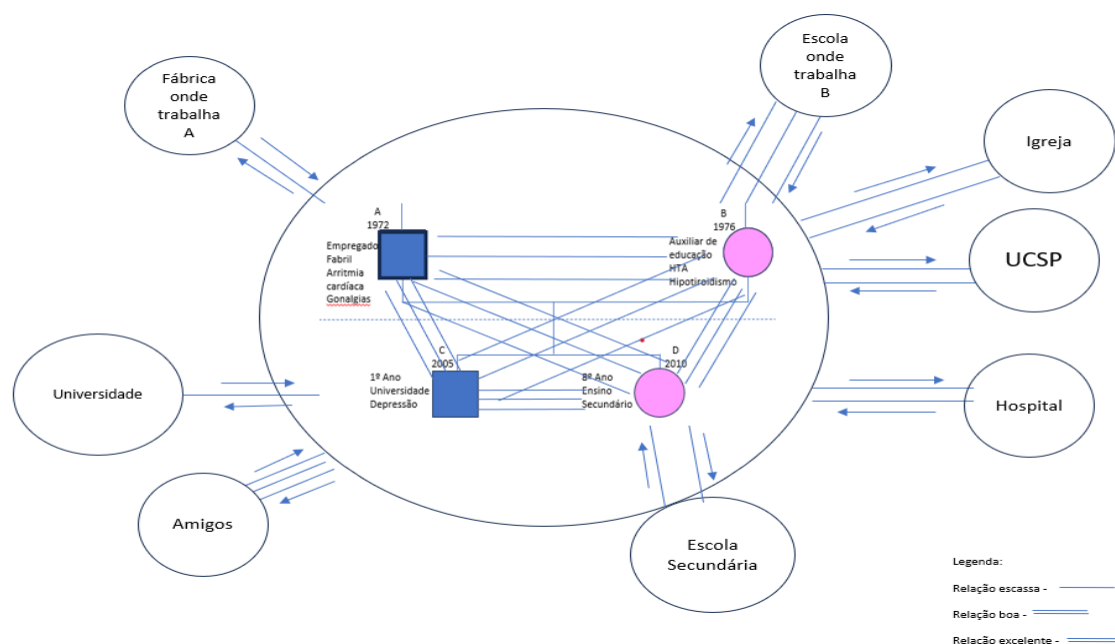
“C” é o filho mais velho do casal, com 18 anos, foi este ano para a Universidade estudar música, mas não se está a adaptar muito bem ao curso que escolheu e ao distanciamento dos pais e irmã, vive isolado, não se relaciona com os pares e foi diagnosticado uma depressão e medicado na consulta a que recorreu com a sua família na UCSP. Tem uma excelente relação com os seus pais e irmã, mas nesta fase de transição não estão a conseguir lidar com a depressão de “C”.

“D” é a filha mais nova do casal, tem 14 anos, frequenta o 8º ano, na escola secundária, é boa aluna, segundo o pai “A”, é saudável. Muito próxima dos pais e do irmão e está muito preocupada com a situação do seu irmão.

Como sistemas mais amplos podemos visualizar no ecomapa (Figura 7) a rede de apoio e a interação social do agregado familiar, como foi sendo referido na caracterização da família, as estruturas de apoio e a sua relação com cada uma delas.

Figura 7

Ecomapa Família Z



Decorrente da análise dos dados obtidos na interação com a família na consulta de enfermagem, formulei os diagnósticos que correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas (Figueiredo, 2012).

De seguida serão apresentados os diagnósticos e subconjuntos de diagnósticos, uns que não necessitam de intervenção e os que necessitam de implementação de intervenções no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, no contexto de cada dimensão familiar (Figueiredo, 2012).

Relativamente às áreas de atenção da dimensão Estrutural foram avaliadas em consulta de enfermagem a dimensão do rendimento familiar, que tendo um vencimento certo é significativo de um rendimento familiar não insuficiente, segundo o preenchimento da escala de Graffar (adaptada) é uma família de classe média, de grau III. Quanto ao edifício residencial, é uma moradia T3 com duas casas de banho, própria, em bom estado de conservação, com mobiliário e eletrodomésticos essenciais, conforto e cuidados de higiene, sendo avaliado como seguro e não negligenciado, comparativamente às precauções de segurança tem aquecimento local, eletricidade ausência de barreiras arquitetónicas com o diagnóstico de demonstrado, e no abastecimento de água é da rede pública e sistema de rede de esgotos com avaliação de adequado. Têm um animal doméstico, um cão que referem estar vacinado e desparasitado, diagnóstico não negligenciado.

No que diz respeito à avaliação da dimensão do Desenvolvimento, esta família encontra-se na etapa V do ciclo de vida de Duvall, em que o filho mais velho é adolescente e está a iniciar os estudos superiores.

Nas áreas de diagnóstico desta dimensão com a colheita de dados e observação da família, na primeira consulta de enfermagem, diagnostiquei a satisfação conjugal como mantida, o planeamento familiar eficaz, a adaptação à gravidez não se adequa a esta família e por fim o papel parental não adequado por conhecimento do papel e comportamento de adesão não demonstrado na tarefa “conhecimento dos pais sobre mudanças bio fisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência” e “a família aceita o padrão de comportamento social do adolescente”, respetivamente, e sobre as quais vão incidir as intervenções a realizar. O conhecimento desta família revela-se não demonstrado relativamente ao filho mais velho, pois não estavam despertos para as mudanças que a vida universitária acarreta, é mudança de casa, afastamento da família, conhecimento de novos pares e o filho não está a conseguir lidar com esta transição bem como os pais à sua inadaptação e isolamento da vida social. Os pais referem que apesar de comunicarem, falar abertamente dos seus sentimentos e do incentivar e estimular o seu desenvolvimento cognitivo e emocional, percebem que não está a ser suficiente para esta família fazer uma transição saudável nesta etapa do ciclo vital.

As áreas avaliadas na dimensão desenvolvimento que não requerem intervenção, revelam-se forças para a família, tendo sido o planeamento das intervenções conducentes à mudança realizado tendo em conta as necessidades, a capacidade e os recursos que a família tem disponível.

Na segunda consulta de enfermagem foram apresentadas as intervenções delineadas para ajudar a família nesta transição, como está representado na tabela 1.

Tabela 1.

Dimensão de desenvolvimento do papel parental do subsistema parental da Família Z e suas intervenções

Dimensão familiar	Dimensão operativa	Diagnóstico	Intervenções
Desenvolvimento	Papel parental Não adequado	Conhecimento do papel - não demonstrado	- Ensinar os pais sobre as mudanças bio fisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência; - Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes.
		Comportamento de adesão - não demonstrado	- Motivar os pais para a importância da socialização/ autonomia do adolescente; - Motivar os pais para a importância de regras estruturantes; - Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigos; - Elogiar as forças da família e dos indivíduos.

Para finalizar a avaliação da família Z, na dimensão funcional, no que diz respeito ao papel de prestador de cuidados, esta dimensão por enquanto, não se adequa a esta família e no processo familiar foi aplicada a “escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe*” com um score total inferior a 100, o que significa uma menor probabilidade de incidência de doenças, e é um processo familiar não disfuncional. Foi aplicado a FACES IV que teve um resultado de funcionalidade familiar saudável.

Foi também feita a referência interna desta família para o Psicólogo, intervenção que todos concordaram que seria uma mais-valia para este processo.

“Considerando que as intervenções se reportam ao processo dinâmico pelo qual o sistema terapêutico enfermeiro – família concretizam as mudanças planeadas face aos resultados esperados, que representam a antevidência do futuro concretizável” (Figueiredo, 2012, p.137).

Na realização da 3ª consulta de enfermagem para verificação dos resultados de enfermagem após a implementação das intervenções direcionadas para a mudança, foi perceptível que a comunicação foi efetiva e houve alterações nos comportamentos dos pais e do filho mais velho e que o acompanhamento por parte do psicólogo a esta família estava a ser um sucesso no subsistema parental. Ao avaliar os resultados da minha intervenção em conjunto com a

família, percebendo que houve ganhos em saúde não há necessidade de reajustar o plano de cuidados.

No decorrer da prática clínica tive sempre presente as competências comuns do enfermeiro especialista que é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em que se formou e foi atribuído o título (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar para que possua habilidades e conhecimentos necessários para fornecer cuidados de qualidade às famílias (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018). Desenvolvi a minha atividade diária também, com base nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que visam

constituir -se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata -se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer relativamente ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar. Foram identificadas seis categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17386).

De forma reflexiva vou abordar como as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, 2019), se correlacionaram com as competências específicas do EECAESF e se evidenciaram nas atividades desenvolvidas no dia a dia neste ensino clínico, bem como demonstrei anteriormente, na avaliação da “Família Z”.

No domínio comum da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, o enfermeiro especialista age de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, desta forma assegurei sempre uma prática segura, profissional e ética, e nas tomadas de decisão foram sempre fundamentadas com base nos princípios éticos e deontológicos, tanto nas consultas de enfermagem como na prestação de cuidados de tratamento aos utentes e famílias. Esta competência é baseada num sólido conhecimento ético-deontológico, na avaliação contínua das melhores práticas e nas preferências dos utentes (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Relativamente ao domínio da “Melhoria Contínua da Qualidade”, o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro,

2019, p. 4745), deste modo, contribui para a concepção e implementação de projetos institucionais focados na qualidade, como a construção do manual de acolhimento da UCSP e a criação duma instrução de trabalho e *check list* para auxiliar nas consultas de vigilância da diabetes, para contribuir para a melhoria do indicador contratualizado nesta área e a promoção da consulta de saúde familiar com um membro com diabetes. Ajudei na divulgação necessária para que estes projetos sejam adotados efetivamente em todos os níveis operacionais.

No domínio da “Gestão dos Cuidados”, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745), cooperei na gestão dos cuidados aquando da afluência de vários utentes ao mesmo tempo, aperfeiçoando as respostas dos processos de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, colaborei na gestão de recursos materiais. A título de exemplo, por várias situações com puérperas na transição inicial para a parentalidade com dificuldades na amamentação, e grávidas para realizar o curso de preparação para a parentalidade, foram encaminhadas para a UCC, para a enfermeira especialista em saúde materna, orientados pais com filhos doentes para o médico da consulta de recurso para ser prescrita baixa médica de apoio à família. Ferreira et al. (2021, p. 78) menciona que o EEESF “ainda deverá ser capaz de promover as capacidades da família de acordo com as suas exigências de forma individual ou em grupo, criando um elo de ligação tanto com a família como com outros profissionais”.

Por último, o domínio do “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”, permite “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745), perante o qual desenvolve a formação continua, essencial na prática de enfermagem, reconhecendo a sua influência na formação de relações terapêuticas e multiprofissionais. Valorizando a própria dimensão e interação com os outros em contextos únicos, profissionais e organizacionais. A realização deste relatório insurgiu a necessidade de pesquisa bibliográfica e científica, bem como a consulta de crenças, valores e culturas de certas comunidades estrangeiras que desconhecia e senti necessidade para adequar a minha prestação de cuidados (Ferreira et al., 2020).

Como EECAESF as competências específicas são: “a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, promovendo a capacitação da família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições; e “b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, gerindo, articulando

e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19355).

No dia a dia, tentei estabelecer uma relação de proximidade com as famílias para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas (competência 1.1.). Este processo envolve disponibilidade e criatividade ao abordar a família, tendo sempre em consideração as suas necessidades de forma acessível e inovadora (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018) está relacionada com o enunciado descritivo “promoção da saúde” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17386).

Numa visitação domiciliária a uma utente acamada para prestação de cuidados de enfermagem, a cuidadora demonstrou-se muito preocupada aquando da nossa chegada uma vez que a utente estava com hematemese em abundante quantidade e a filha desta senhora não queria que ela fosse para o hospital. Após chegada da filha tivemos um diálogo, respeitando as suas perspetivas e preferências, para fortalecer a colaboração nas intervenções propostas, mantendo um diálogo aberto e contínuo com a mesma para definirmos a meta de saúde da utente apesar desta estar em cuidados paliativos e ainda lúcida e aceitar ir para o hospital, ajudamos a família a planear e a tomar decisões informadas, evocando os princípios éticos para resolução desta situação e a utente foi encaminhada para o hospital.

Bebés com dias de vida e que não estão a aumentar de peso em colaboração com a família tracei um plano de ação personalizado a cada família orientando os recursos disponíveis, bem como as rotinas diárias de forma a garantir que as estratégias de saúde sejam práticas e sustentáveis no contexto da vida familiar e se reflita em ganhos em saúde, neste caso no ganho de peso do bebé.

Como refere Ferreira et al. (2021, p. 79) o EEESF deve “contribuir para a melhoria das interações dentro e fora da família, promovendo um comportamento familiar e individual mais saudável e participativo”.

A colheita de informações sobre o estado de saúde da família (competência 1.2) é muito relevante e uma componente de extrema importância na prestação dos cuidados à família (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), está relacionada com o enunciado descritivo “prevenção de complicações” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17387).

Primeiramente, o enfermeiro de família solicita o histórico familiar e hereditário, para perceber a estrutura familiar, como os sintomas presentes e os fatores de risco ambientais que possam afetar a saúde. Além disso, integra informações de diversas fontes, como observações das

interações familiares e a comunicação verbal e não verbal, com o objetivo de ter uma visão mais completa da situação e decisões (Figueiredo, 2012).

No contexto das consultas de enfermagem, bem como na realização da avaliação e intervenção de uma família do fichero da EOC, foi realizada a entrevista sob consentimento informado e no relatório procedeu-se á omissão da identificação desta família, regendo-me pelos princípios, valores e normas deontológicas. Na colheita dos dados utilizei instrumentos como genograma e ecomapa e várias escalas como a de *Graffar* (adaptado), a de readaptação social de *Holmes* e *Rahe* e Apgar familiar de *Smilkstein*, que ajudam a compreender a dinâmica da família e as suas necessidades de saúde de forma a intervir com cuidados personalizados e eficazes.

Ao avaliar a capacidade da família para se manter unida e lidar com processos de transições, oferece-se apoio a todos os membros da família, ajudando-os a interagir melhor com o ambiente ao seu redor, tendo em atenção as crenças e a cultura da família, que têm impacto na saúde e em decisões futuras. Um passo muito importante foi identificar os pontos fortes e fracos na forma como a família lida com as transições de vida, adaptando os cuidados de saúde de acordo com as necessidades específicas de cada família (Ferreira et al., 2020).

No quotidiano do enfermeiro de saúde familiar, a monitorização de respostas às diversas condições de saúde e doença em situações complexas (competência 1.3.) é uma atividade crucial (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Para prestar cuidados de excelência e ter a destreza de um perito na área de saúde familiar, tem de se mobilizar conhecimentos não apenas da enfermagem, mas também de outras áreas científicas, para realizar decisões de forma abrangente e informada (Ferreira et al., 2021).

Nas consultas de enfermagem analiso o contexto familiar, considerando o histórico familiar, as relações entre os membros, o estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas, o que me proporciona uma compreensão detalhada da dinâmica familiar. É tido em conta diversos fatores influenciadores, como as diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os fatores ambientais e os recursos familiares, sabendo a influência que têm nas respostas da família a situações complexas de saúde (Ferreira et al., 2020).

É o caso de uma mãe de origem angolana recorre à UCSP para avaliação ponderal do bebé que presentemente tem 20 dias, e este nasceu com hérnia umbilical. A mãe é crente que ao colar um adesivo sobreposto na hérnia, ela vai regredir, apesar de se ter feito o ensino à mãe e explicado que não é tratamento adequado para tal situação clínica, a mãe insiste que vai continuar a colocar o adesivo, e como enfermeira que respeita os valores e crenças acedi à prática desta mãe pois também não está a prejudicar o bebé.

O enfermeiro avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente, compreendendo como esses elementos interagem e influenciam mutuamente a saúde e o bem-estar da família (Ferreira et al., 2021).

Estas ações demonstram o compromisso do enfermeiro de saúde familiar em compreender profundamente as necessidades e respostas da família diante de condições de saúde desafiadoras, integrando diversos conhecimentos e considerando múltiplos aspetos do contexto familiar e ambiental.

No âmbito do estudo de investigação desenvolvido, realizei as consultas de saúde juvenil em conjunto com a EOC, onde foram aplicadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar pois estão diretamente relacionadas com a promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação das famílias e intervenção ao longo do ciclo vital, o que permitiu uma atuação próxima com os adolescentes e os seus pais (contexto familiar). Deste modo, conseguimos avaliar as necessidades de saúde, planear intervenções individualizadas, promover e facilitar a comunicação entre os membros da família, especialmente por ser um tema considerado sensível, como é a sexualidade.

Nas consultas de saúde juvenil, promoveu-se um ambiente seguro, de confiança, onde os adolescentes expressaram as suas dúvidas, inseguranças ou curiosidades sem medo de julgamento. Ao mesmo tempo, atuando como mediador com os pais, ajudando-os a compreender a importância da educação sexual e a desenvolver estratégias de comunicação mais abertas e eficazes com os filhos. Permitindo não só abordar a sexualidade de forma informada e atualizada, mas também adaptar a linguagem e a abordagem à realidade de cada família e adolescente.

Assim, como enfermeira de família contribuí significativamente para aumentar os conhecimentos sobre sexualidade tanto nos adolescentes como nos pais, ajudando a prevenir comportamentos de risco, a promover relações saudáveis e a fortalecer competências parentais, sempre com base numa visão holística e centrada na família.

A prática baseada na evidência científica (competência 1.4) é muito importante no desenvolvimento do enfermeiro de saúde familiar, como prática, como disciplina, como conhecido da população (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018) e em consonância com a competência comum “desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

O enfermeiro de saúde familiar tem de capacitar a família, auxiliando na definição de metas realistas e expectativas que promovam a saúde e o bem-estar. Estabelece um ambiente seguro e acolhedor para discussões difíceis, permitindo que a família aborde questões sensíveis relacionadas à sua saúde e dinâmica familiar. Utiliza um pensamento sistemático e

crítico, analisa como a dinâmica familiar, a interação entre saúde e doença e os fatores ambientais que influenciam os cuidados prestados à família, compreendendo a dinâmica familiar e os focos de intervenção na saúde familiar, garantindo uma abordagem informada e eficaz, adaptando os cuidados às necessidades específicas de cada contexto (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, desenvolve-se em colaboração com a família um plano de cuidados personalizado, com o objetivo de alcançar os resultados desejados pela família e promover qualidade de vida para todos os membros (Figueiredo, 2012).

Muitas das consultas de enfermagem realizadas em contexto de programas de saúde fui desenvolvendo esta metodologia de avaliação e intervenção, segundo o MDAIF que está em uso na aplicação de Sclínico e aquando da realização de registos no processo familiar.

Estas ações refletem o compromisso do enfermeiro de saúde familiar em integrar evidências científicas com as necessidades e preferências da família, garantindo uma prática de enfermagem baseada em conhecimento atualizado e empatia, centrada nas necessidades únicas de cada família, tal como evidenciou Pereira (2021), no seu estudo sobre “eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas”.

No contexto da enfermagem de saúde familiar, realizar uma intervenção eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas (competência 1.5) é fundamental (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), e está relacionado com o enunciado descritivo “readaptação funcional” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17388).

O enfermeiro de saúde familiar deve promover sempre o diálogo aberto e eficaz com a família, trabalhando sempre em colaboração com a mesma para desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem específicas, adaptadas às necessidades da família em situações complexas de saúde. Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, incentivando à participação ativa no processo de promoção da saúde e recuperação do bem-estar. Estas intervenções, são consideradas as respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família, garantindo uma abordagem holística e centrada nos elementos da família (Figueiredo, 2012).

Além disso, desenvolve estratégias com a família para resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos na saúde familiar. Em todas as intervenções, a segurança e a qualidade dos cuidados são prioritárias, certificando-se que todas as intervenções são realizadas de forma segura e eficaz. Deste modo, deve-se promover ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de

risco ambientais relacionados com a saúde, promovendo o bem-estar global da família (Figueiredo, 2012; Ferreira et al., 2020).

Numa das consultas de enfermagem, um utente com cerca de 50 anos foi diagnosticado nessa consulta médica com hipertensão arterial. O utente estava acompanhado com a esposa e o filho adolescente, ao qual se fez a avaliação para diagnóstico do processo familiar e consequente intervenção com base na educação para a saúde para a família com o objetivo de prevenir este padrão de tensão arterial nos outros elementos da família, bem como melhorar a situação clínica do utente visado.

O enfermeiro de saúde familiar, deve facilitar a resposta da família em situações de transição complexa (competência 1.6) é uma responsabilidade essencial (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), está relacionado com o enunciado descritivo “bem-estar e autocuidado dos clientes” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17387).

Nas consultas de enfermagem encorajei sempre as famílias a partilhar a suas histórias, ajudando-me a compreender melhor as suas necessidades e contextos, para de seguida, conseguir promover a consciencialização na família, destacando as suas forças e oportunidades de crescimento e mudança.

Identifico e analiso a dinâmica familiar, para perceber o que suporta, mantém ou cria dificuldades, e o que promove relações de apoio adequadas. Além disso, o enfermeiro de saúde familiar analisa a interação entre o indivíduo, a família, a comunidade e o sistema de saúde, que permite uma mudança positiva, explorando estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar novas abordagens junto com a família. Analisar os recursos necessários para atender às necessidades de saúde da família e facilitar a sua obtenção, é essencial para garantir o acesso adequado aos cuidados (Fernandes, 2014).

Uma prática muito importante é fazer o reforço positivo centrado nos pontos fortes da família e discutir regularmente o seu progresso em alcançar os objetivos de saúde, ajudando na promoção de um ambiente de comunicação aberta e colaborativa.

Por fim, o registo informático de todo o processo de cuidados de forma integrada, registando informações sobre saúde, família e ambiente para uma compreensão abrangente da situação e das intervenções realizadas, é fundamental (Silva, 2016).

Na área da enfermagem de saúde familiar, o enfermeiro desempenha um papel ativo e intencional (competência 1.7), de forma a aprimorar a sua prática e oferecer cuidados de qualidade às famílias (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Para aprimorar a prática na saúde familiar há uma procura constante de orientação e de recursos, reconhecendo a importância da formação contínua. Além disso, como enfermeira

avalio regularmente a minha própria atuação, tento sempre identificar áreas de melhoria e aperfeiçoar o meu desempenho na prestação de cuidados de acordo com os padrões de qualidade e as competências comuns e específicas preconizadas.

Ao refletir sobre as interações com as famílias, avalio a eficácia dessas relações, com o objetivo do progresso familiar e alcançar resultados positivos. Ao mesmo tempo, promovo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, participando em atividades de formação continua.

É muito importante a colaboração com os colegas da equipa de saúde, partilhando o pensamento e análise crítica das situações complexas de forma a contribuir para novos conhecimentos e práticas da enfermagem de saúde familiar.

É essencial que o enfermeiro formalize a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (competência 1.8) (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018) e está relacionado com o enunciado descritivo “Satisfação dos Clientes” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17386).

Nesta competência o enfermeiro de saúde familiar deve estabelecer momentos dedicados à avaliação da satisfação da relação entre enfermeiro e a família, assim como a eficácia dos cuidados prestados. Essa avaliação contínua permite identificar eventuais pontos de melhoria na interação e no atendimento às necessidades da família.

Além disso, é fundamental que o enfermeiro avalie regularmente a eficácia dos cuidados de enfermagem na realização dos objetivos definidos pela família. Essa avaliação ajuda a garantir que as intervenções de enfermagem vão de encontro com as expectativas e necessidades específicas da família, promovendo resultados positivos e satisfatórios (Figueiredo, 2012).

O conhecimento científico e a formação devem ser englobados no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar de forma a ser assertivo nas suas decisões e garantir uma abordagem baseada em evidências, promovendo a eficácia e qualidade dos cuidados prestados à família (Pereira, 2021).

Consoante o domínio 2, em que a colaboração com outras equipas de saúde é essencial para garantir cuidados abrangentes e eficazes à família (competência 2.1) (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), reflete-se na competência comum “gestão de cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748) e com o enunciado descritivo “organização dos serviços de enfermagem” (Regulamento n.º 367/2015 de 29 junho, 2015, p. 17388).

A colaboração entre diferentes equipas de saúde, facilita a integração de diferentes perspetivas e conhecimentos para prestar cuidados holísticos à família. Isso inclui partilhar informações relevantes, coordenar planos de cuidados e garantir uma comunicação fluida entre os profissionais de saúde envolvidos (Ferreira, 2021).

Quando é necessário, o enfermeiro de saúde familiar encaminha a família para outros profissionais de saúde especializados, assegurando que recebem o cuidado adequado e específico para suas necessidades. Orienta a família sobre como ter acesso e utilizar os serviços de saúde de forma eficaz, contribuindo para a melhoria da qualidade e reduzir os custos dos cuidados oferecidos.

Concluindo, é responsável por garantir a continuidade dos cuidados de saúde da família, coordenando o acompanhamento noutras unidades funcionais ou instituições, sempre com o consentimento da família. Isto garante que a família receba cuidados consistentes e integrados ao longo do tempo e em diferentes contextos de saúde, colmatando as necessidades existentes (Figueiredo, 2009).

Na prática diária estamos sempre a educar e orientar os nossos utentes para os seus direitos e deveres, explicando-lhes sobre os consentimentos informados, o acesso aos cuidados de saúde, a tratamentos equitativos, entre outros, respeitando sempre os valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo ou família. O enfermeiro especialista é frequentemente responsável por gerir a equipa de enfermagem, ao garantir que todas as práticas de cuidados promovam a segurança, privacidade e dignidade dos utentes, seguindo os protocolos existentes na UCSP/USF.

Uma puérpera com dificuldade na amamentação do bebé e após a explicação, ensino e prática com a mãe e o bebé, que não teve sucesso, foram encaminhados para a UCC para a enfermeira especialista de saúde materna para ajudar nesta situação delicada que a mãe tanto queria amamentar, pelo que lhe foi cedido uma bomba de retirar leite que ajudou muito nesta fase de transição para a parentalidade.

Nas consultas com os adolescentes, alguns dos quais já há bastante tempo não frequentavam a UCSP, aquando da avaliação física percebeu-se que havia dificuldades na visão, sendo estes encaminhados para uma avaliação de oftalmologia.

Por último, a competência 2.2 que o enfermeiro de saúde familiar desempenha atividades relacionadas com a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), está em concordância com a competência comum “melhoria continua da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

O enfermeiro de saúde familiar participa ativamente no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde relacionados com a área da família, promovendo uma cultura organizacional que valoriza a formação, a prática e a pesquisa interprofissional. Utiliza também sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados da saúde familiar e promover uma visão compartilhada da enfermagem de saúde familiar nos diferentes níveis de prevenção, como o programa informático SClinico, bem como, as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre a enfermagem de saúde familiar, partilhando boas práticas, pesquisas e informações relevantes com outros profissionais de saúde e membros da comunidade (Silva, 2016).

Relativamente a projetos de melhoria da qualidade na UCSP e após auscultação da enfermeira cooperante não existe em curso nenhum projeto de melhoria continua, pelo que, decidi desenvolver alguns trabalhos para colmatar algumas necessidades. Em conjunto com as minhas colegas de mestrado e pela falta que sentimos no serviço, foi de um manual de integração à unidade de saúde, pelo que resolvemos elaborar o “Manual de acolhimento para profissionais de saúde na UCSP de Abrantes” (Apêndice 1).

Outro aspeto importante é a participação do enfermeiro de saúde familiar no desenvolvimento de legislação e políticas sociais relacionadas à saúde e aos direitos da família, garantindo que as suas necessidades e interesses sejam considerados nas decisões políticas e legais.

Com a utilização do sistema informático e de informação, realizou-se a consulta dos indicadores contratualizados e da avaliação de desempenho da UCSP, verifiquei que os indicadores estão muito aquém do espetável, pelo que elaborei uma instrução de trabalho relativamente ao indicador da “consulta de vigilância do grupo de risco: diabetes”, criando uma *check list* de auxílio às consultas desta patologia para dar resposta ao indicador contratualizado, principalmente no que concerne em termos de registos informáticos, bem como formulei a consulta da saúde familiar com utente diabético e o respetivo folheto (Apêndice 2), para dar a conhecer à população a vertente da saúde familiar que é ainda desconhecida por muitos.

Segundo Figueiredo (2012), torna-se fundamental a adequação do sistema de informação à lógica matricial do MDAIF, de forma à construção de indicadores que, ao serem, parametrizados, possibilitassem a inclusão de medidas de processo, resultado e de efeito, dando visibilidade ao conjunto de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem às famílias.

Os indicadores definidos resultam em grande parte dos diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados do EECAESF com base nas atividades desenvolvidas com as famílias, neste caso aquando da caracterização do ficheiro de famílias da EOC, nas consultas

de enfermagem, permitiu-me desenvolver as competências específicas e comuns do enfermeiro especialista bem como proporcionar dados de análise, de avaliação e intervenção para definição de indicadores.

Os indicadores apresentados são baseados nas famílias com filhos recém-nascidos ($n=12$), pois são as que recorrem com maior frequência à UCSP, todas as semanas nos primeiros dois meses de vida, para monitorização do peso corporal e esclarecimento de dúvidas, bem como a família Z que referi anteriormente, o que permitiu uma colheita de dados, bem como a monitorização e avaliação das intervenções realizadas às famílias. Foram também elaborados indicadores com base nas consultas realizadas aos adolescentes ($n=44$), no contexto do projeto de investigação, os quais foram avaliados em consulta de saúde familiar e de programa de saúde juvenil.

Da avaliação da amostra selecionada, calculei indicadores epidemiológicos como a “taxa de avaliação” que expressa uma relação entre o número de famílias com um determinado foco/diagnóstico de enfermagem e a população “famílias” do ficheiro da EOC (Tabela 2), e a “taxa de prevalência” que representa a proporção de famílias com determinado foco/diagnóstico nas famílias totais num determinado período (Tabela 3), bem como alguns indicadores de resultados que referem os próprios objetivos dos cuidados, ilustrando as mudanças no estado de saúde e se contribuíram para os ganhos em saúde (Tabela 4) (OE, 2015). Foram selecionados, aleatoriamente, alguns diagnósticos que representam as intervenções desenvolvidas nos estágios.

Tabela 2.

Indicadores epidemiológicos – taxa de avaliação

Dimensão estrutural	$\frac{\text{Famílias avaliadas em Rendimento familiar} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$57/871 \times 100 = 6,5\%$ de famílias avaliadas em rendimento familiar
	$\frac{\text{Famílias avaliadas em Edifício residencial} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$57/871 \times 100 = 6,5\%$ de famílias avaliadas em edifício residencial
	$\frac{\text{Famílias avaliadas em Tipologia familiar} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$871/871 \times 100 = 100\%$ de famílias avaliadas em tipologia familiar
Dimensão desenvolvimento	$\frac{\text{Famílias avaliadas no Ciclo de Vida} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$871/871 \times 100 = 100\%$ de famílias avaliadas no ciclo de vida
	$\frac{\text{Famílias avaliadas no Papel Parental} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$13/871 \times 100 = 1,5\%$ de famílias avaliadas em papel parental em famílias com filhos pequenos
	$\frac{\text{Famílias avaliadas no Papel Parental} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$44/871 \times 100 = 5\%$ de famílias avaliadas em papel parental em famílias com filhos adolescentes
Dimensão funcional	$\frac{\text{Famílias avaliadas em Processo familiar} \times 100}{\text{Total de Famílias}}$	$57/871 \times 100 = 6,5\%$ de famílias avaliadas em processo familiar

	<u>Famílias avaliadas em Apgar familiar x 100</u> Total de Famílias avaliadas	4/13 x 100 = 30,8% de famílias avaliadas em funcionalidade familiar (Apgar familiar)
	<u>Famílias avaliadas em FACES IV x 100</u> Total de Famílias avaliadas	44/44 x 100 = 100% de famílias avaliadas em funcionalidade familiar (FACES IV)

Tabela 3.

Indicadores epidemiológicos – taxa de prevalência

Dimensão estrutural	<u>Famílias avaliadas em Rendimento insuficiente x 100</u> Total de Famílias diagnosticadas	5/57 x 100 = 8,7% de famílias avaliadas em rendimento familiar insuficiente
	<u>Famílias avaliadas em Prevenção de Segurança presença de barreiras arquitetônicas não demonstrado</u> x 100 Total de Famílias diagnosticadas	10/57 x 100 = 17,5% de famílias avaliadas em conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas
Dimensão desenvolvimento	<u>Famílias avaliadas Papel Parental com filhos pequenos não adequado</u> x 100 Total de Famílias diagnosticadas	8/57 x 100 = 14% de famílias avaliadas em papel parental com filhos pequenos não adequado
	<u>Famílias avaliadas Papel Parental com filhos adolescentes não adequado</u> x 100 Total de Famílias diagnosticadas	4/57 x 100 = 7% de famílias avaliadas em papel parental com filhos adolescentes não adequado
Dimensão funcional	<u>Famílias avaliadas em Processo familiar disfuncional</u> x 100 Total de Famílias diagnosticadas	4/57 x 100 = 7% de famílias avaliadas em processo familiar disfuncional

Tabela 4.

Indicadores de resultado – Ganhos em Saúde

Dimensão estrutural	Rendimento Familiar	5 famílias com diagnóstico de Rendimento familiar insuficiente Intervenção: referência para assistente social da unidade de saúde; e por se encontrarem desempregados aconselhados a dirigirem-se ao IEPF. 3/5x100= 60%, das 5 famílias, 3 famílias estão empregadas e adquiriram conhecimento e ganhos em saúde.
	Prevenção de Segurança	10 famílias com diagnóstico de Prevenção de Segurança não demonstrada (Edifício residencial) por conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas Intervenção: nas escadas e varandas existentes, bem como berço colocação de grades adaptáveis. 10/10x100=100%, as 10 famílias adquiriram conhecimento com as intervenções realizadas nas barreiras arquitetônicas e tiveram ganhos em saúde.
Dimensão desenvolvimento	Papel Parental	8 famílias com diagnóstico de Papel Parental com filhos pequenos não adequado Intervenção: ensinar cuidados a ter com coto umbilical, ensinar sobre aleitamento materno/ artificial; ensinar sobre perda de peso fisiológica, ensinar sobre cuidados de higiene e ensinar sobre vacinas. 8/8x100= 100%, as 8 famílias adquiriram conhecimento com as intervenções realizadas ao recém-nascido e tiveram ganhos em saúde.

		4 famílias com diagnóstico de Papel Parental com filhos adolescentes não adequado Intervenção: ensinar sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência $4/4 \times 100 = 100\%$, as 4 famílias adquiriram conhecimento com as intervenções realizadas e tiveram ganhos em saúde.
Dimensão funcional	Processo familiar	4 famílias com diagnóstico Processo Familiar disfuncional na dimensão comunicação familiar Intervenção: promover comunicação expressiva das emoções, otimizar a comunicação na família, promover o envolvimento da família. $1/4 \times 100 = 25\%$, das 4 famílias, 1 família adquiriu conhecimento com as intervenções realizadas na comunicação familiar e tiveram ganhos em saúde.

Os resultados expostos, embora poucos, demonstram que as intervenções de enfermagem em saúde familiar foram eficazes, evidenciando ganhos em saúde decorrentes desses cuidados.

Embora os indicadores demonstrem a contribuição das intervenções de enfermagem da saúde familiar e os benefícios para a saúde das famílias, os indicadores contratualizados nas unidades de saúde não permitem avaliar os ganhos em saúde da família como um todo, pois concentram-se apenas na saúde dos indivíduos.

3 - OUTRAS ATIVIDADES NO DECURSO DA ATIVIDADE CLÍNICA

No decorrer do mestrado, surgiu a oportunidade de realizar diversas atividades que promoveram o envolvimento ativo e intencional na prática especializada. Por este motivo, entendo que estas experiências representam aspetos positivos que merecem ser incluídos neste relatório final, pois contribuíram de forma significativa para o meu crescimento pessoal e profissional, potenciando o desenvolvimento de competências essenciais. Entre estas atividades, destaca-se a minha participação no:

- 3º Webinar 2023 “Indicadores de Enfermagem – A afirmação da Enfermagem como pilar Fulcral nos Cuidados”, decorreu no dia 13 de novembro de 2023, promovido pela ULS Castelo Branco – Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgico (ANEXO 1).
- I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidular e Cuidados à Pessoa com Ferida, decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024, na Universidade de Aveiro (ANEXO 2).
- V Congresso Nacional AUCC, realizado na Universidade de Évora - Auditório nobre do Colégio do Espírito Santo, no dia 21 e 22 de março de 2024 (ANEXO 3).
- XXII ENCONTRO NACIONAL “Novas Políticas, novos rumos para os CSP”, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- Polo A, nos dias 11 e 12 de abril 2024 pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (ANEXO 4).
- XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU, no dia 15 de maio de 2024, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online (ANEXO 5).
- Participação no(a) "Enfermagem às Quintas – Saúde Escolar: da reflexão à prática", realizado no dia 13 de junho de 2024, no(a) Plataforma digital “Cisco Webex Events” (ANEXO 6).
- Participação no(a) "Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática", realizado no dia 15 de outubro de 2024, no(a) Plataforma digital “Cisco Webex Events” (ANEXO 7).
- Participação no(a) "Webinar - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência", realizado no dia 22 de outubro de 2024, no(a) Plataforma digital “Cisco Webex Events” (ANEXO 8).
- III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”, nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024, em Fátima (ANEXO 9).

- 4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!", organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024 (ANEXO 10).
- II Congresso Internacional: A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, organizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025 (ANEXO 11).
- Participação no Workshop “As perdas na Família: intervenção em saúde familiar” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 (ANEXO 12).
- Participação no Workshop “Emoções na Gravidez” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 (ANEXO 13).
- Participação no Workshop “Mindfulness na parentalidade” realizado no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 (ANEXO 14).
- Participação no International Congresso Family Health (ICFH'25) organizados pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual), nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (ANEXO 15).
- Participação no " Ciclo de Webinares "Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar- 1a Sessão ", realizado no dia 4 de abril de 2025, no(a) Plataforma digital “Cisco Webex Events” (ANEXO 16).

CAPÍTULO II – ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

O presente capítulo dedica-se ao enquadramento e à justificação da problemática que motivou o desenvolvimento do presente projeto de investigação. É apresentado o contexto teórico, empírico e prático na qual se insere a problemática, assegurando a sua relevância científica e social. A justificação das escolhas metodológicas e os objetivos do estudo, demonstram a pertinência da investigação face aos desafios identificados (Flick, 2022).

Através de uma análise detalhada e sistemática, este enquadramento permite identificar lacunas no conhecimento existente, bem como estabelecer conexões entre a problemática em estudo. Este exercício não só certifica a investigação, como também contribui para o avanço do campo de estudo ao propor respostas a questões emergentes ou negligenciadas. A articulação clara e fundamentada destas dimensões reforça, assim, a segurança do projeto de investigação e a sua contribuição para a produção de conhecimento (Flick, 2022).

No decorrer do ensino clínico, deparei-me com algumas recém mããs jovens, na faixa etária da adolescência, aquando da consulta de vigilância dos seus bebés, acompanhadas sempre de um familiar adulto, mas aquando da caracterização do ficheiro da EOC, presentemente, não existe nenhuma grávida adolescente. Em conversa com a EOC, percebi que é um problema que se tem mantido e não se tem conseguido debelar. Relativamente a infeções sexualmente transmissíveis (IST) não se tem conhecimento da existência nesta faixa etária. A EOC reconhece que a adesão às consultas de vigilância nesta faixa etária reduz consoante a idade avança. Por este motivo, o interesse por estes problemas de saúde pública que o enfermeiro de saúde familiar pode intervir prevenindo com os seus cuidados antecipatórios em contexto de consulta de saúde familiar.

No ano de 2022, as gravidezes em adolescentes aumentaram para 6,17%. Portugal registou 1591 bebés nascidos de mããs com idade até aos 19 anos (INE, 2024). No ano de 2023, o INE (2024) expôs que na faixa etária dos 15 aos 19 anos a taxa de gravidezes aumentou para 6,38% de gravidezes no nosso país. Houve um registo de 924 (75,5%) de novos casos de infeção por VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) em adolescentes e adultos com idades superiores a 15 anos (INSA, 2024).

Com este aumento, de gravidezes e IST entre adolescentes em Portugal, torna-se evidente a necessidade de uma abordagem no campo da saúde adolescente com o objetivo de direcionar os cuidados para a promoção do conhecimento e educação desde cedo sobre sexualidade para prevenir doenças e eventos indesejáveis.

Os pais são os primeiros e mais influentes mediadores de informações socioeducativas, estando implícito a temática sexualidade. Têm a responsabilidade de fornecer informações precisas e de formar atitudes saudáveis em relação à sexualidade. Ao compreender o nível

de conhecimento dos pais, pode revelar lacunas e necessidades educativas que, quando abordadas, podem melhorar as práticas da educação sexual dentro das famílias (Carvalho, 2017).

Os CSP desempenham um papel fundamental nesse contexto, pois muitas das vezes é o primeiro local de contacto para muitas famílias. É neste âmbito que são fornecidas intervenções educativas personalizadas e contínuas, abordando não apenas a saúde dos adolescentes, mas também envolvendo os pais e cuidadores para criar um ambiente de apoio propício à comunicação aberta sobre saúde sexual e prevenção de riscos, pelo enfermeiro de saúde familiar. A gravidez na adolescência e IST são consequências de comportamentos de risco e muitas das vezes da ausência de informação sobre estas condutas e podem ter consequências graves e duradouras, e a educação é essencial para prevenir esses problemas (OMS, 2024).

Os pais são fundamentais na educação sexual dos filhos, precisam de estar bem informados para fornecer orientações adequadas. Ao identificar lacunas no conhecimento dos adolescentes permite aos pais e aos enfermeiros de família intervir de forma educativa e implementar intervenções precoces eficazes, promovendo comportamentos seguros antes do início da vida sexual dos adolescentes (Almeida & Centa, 2009).

Envolver a família no processo educativo fortalece a rede de apoio e cria um ambiente favorável para a adoção de comportamentos saudáveis. A falta de estudos específicos sobre este tema em Portugal, incentiva à necessidade desta pesquisa. Portanto, investigar estes conhecimentos é importante para desenvolver intervenções eficazes e promover o bem-estar dos jovens (Freitas & Fiame, 2021).

De forma a desenvolver evidências e contribuir para uma prática de cuidados que dê resposta às especificidades das famílias como um todo, bem como de cada um de seus membros individualmente, foi formulada a seguinte questão de investigação: **“Qual a relação entre a funcionalidade familiar e o conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes?”**

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (2024), a adolescência é a fase da vida em que há a transição da infância para a idade adulta, abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos. É um período único no desenvolvimento humano e crucial para estabelecer as bases para um desenvolvimento saudável. Os jovens passam por um rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial, o que influencia como eles se sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo ao seu redor.

A sexualidade desempenha um papel fundamental na adolescência, com o conhecimento do próprio corpo e o início das relações íntimas são muito importantes para o desenvolvimento

dos jovens. É um fenómeno multidimensional, essencial para a formação da identidade, do autoconceito, da autoestima e de forma geral, para o bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Dias, 2005).

O desenvolvimento normal do adolescente abrange a progressiva independência e autonomia em relação à família, e um maior envolvimento com os pares, a formação da identidade, e a maturação fisiológica e cognitiva. Este conjunto de mudanças permite ao adolescente explorar novos horizontes e experimentar novos comportamentos, entre os quais se encontram os chamados comportamentos de risco (Simões, 2010).

Para os adolescentes de 10 a 14 anos, os principais riscos à saúde estão relacionados com a água, higiene e saneamento. Os de 15 a 19 anos, os riscos estão associados a comportamentos, como o consumo de álcool e sexo desprotegido. Além disso, a má alimentação, a falta de atividade física e o abuso sexual são outros problemas que começam na infância e na adolescência. As adolescentes mais velhas são especialmente vulneráveis à violência por parte de parceiros íntimos. Complicações na gravidez e abortos clandestinos são as principais causas de morte entre meninas de 15 a 19 anos (OMS, 2024).

Estudos indicam que esses comportamentos estão inter-relacionados, a participação num comportamento de risco, aumenta a probabilidade de envolvimento noutros comportamentos de risco (Dias, 2005). Matos (2014), estudou que os comportamentos de risco como delinquência, violência, abuso de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência estão relacionados e frequentemente associados a esta fase do desenvolvimento.

A participação da família no desenvolvimento do adolescente é muito importante nesta fase. A família pode atuar tanto como um fator de proteção, ou como um fator de risco. As relações familiares podem causar stress e, conseqüentemente, desenvolver perturbações, mas também podem ser agentes de mudança (Simões, 2005).

Segundo Miller (2010), a família pode influenciar o comportamento sexual e contraceptivo dos adolescentes de diversas formas: a estrutura familiar, o contexto de desenvolvimento do adolescente, os laços familiares, bem como o papel parental.

A educação sexual começa na família, através de um processo de aprendizagem social e modelação da criança. Esta aprende a lidar com o seu corpo em crescimento e com as emoções, partilhas e conflitos interpessoais. A adolescência apesar de ser um período de instabilidade, ocorrem várias mudanças com o jovem que podem potenciar dificuldades, se na infância existir um espaço na família para um diálogo aberto e de confiança, onde possam ser colocadas dúvidas e perguntas, estas dificuldades podem ser minimizadas, prevenindo assim problemas aquando da adolescência (Matos, 2014).

Um ambiente familiar conflituoso e laços familiares fracos propiciam comportamentos sexuais de risco. A falta de comunicação entre pais e filhos, ou uma comunicação insuficiente, é outro fator de risco no contexto familiar (Caputo & Bordin, 2008).

Uma boa relação com os pais é considerada um fator de proteção contra a gravidez na adolescência, sendo associado ao início da vida sexual mais tarde, menor número de parceiros sexuais e ao aumento do uso de métodos contraceptivos. Os valores dos pais sobre a sexualidade e gravidez na adolescência influenciam as decisões dos filhos sobre a vida sexual, como o momento do início da vida sexual, o número de parceiros, o uso de contraceptivos e a ocorrência ou não de gravidez. Esses valores são transmitidos de forma mais eficaz, se houver uma boa relação entre pais e filhos (Miller, 2010).

Deste modo, é fundamental perceber o funcionamento familiar, pois é um pilar essencial da família, que está em constante mudança, para se ultrapassar determinadas etapas da vida familiar bem como certas situações. Não existe a definição de família perfeita nem de funcionamento familiar ideal, existem fatores que causam problemas no seio familiar, e quando o funcionamento não é bom, esta não sabe enfrentar os problemas e provoca uma maior desorganização familiar (Cruz, 2021).

A estabilidade criada pelos membros da família é o que promove um funcionamento familiar equilibrado, ou seja, o funcionamento familiar é a capacidade que uma família tem de unir esforços e adaptar-se às situações de maior alteração (Silva, 2015).

Em 1979, Olson e colaboradores desenvolveram “O Modelo Circumplexo” com o objetivo de explicar o funcionamento familiar. Este determina que níveis de coesão e flexibilidade equilibrados levam a funcionamentos familiares mais saudáveis, enquanto níveis de coesão e flexibilidade desequilibrados revelam funcionamentos familiares problemáticos (Olson & Gorall, 2006, conforme citado por Silva, 2015).

Segundo Gouveia-Pereira et al. (2020), conforme citado por Cruz (2021), que referem “uma família cujo funcionamento familiar seja equilibrado permite a criação de vínculos afetivos, a troca de experiências cognitivas e emocionais e a transmissão de valores sociais, éticos e morais”. O Modelo Circumplexo contribuiu muito para a compreensão da funcionalidade das famílias e deu origem à *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES), a qual teve várias vertentes, mas mantendo sempre o fundamento: avaliar a coesão familiar, a flexibilidade e a comunicação.

Dias et al. (2007), realizaram um estudo em Portugal com alunos do 10º ano, e averiguaram que dois terços dos jovens não conversam com os pais sobre sexualidade, o que indica que a maioria dos pais não se sentem à vontade para discutir assuntos relacionados com sexo.

Neste estudo, a maioria dos adolescentes acredita que os seus pais não possuem informações suficientes e corretas sobre o tema. Todos os jovens consideraram que uma boa comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade é um fator de proteção contra comportamentos sexuais de risco, proporcionando uma sensação de suporte e apoio dos pais. A forma como os pais desempenham o seu papel parental, influencia os comportamentos sexuais dos jovens (Dias et al., 2007).

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Fortin (2009), afirma que um problema de pesquisa, é essencial explicar, de forma clara e objetiva, os motivos teóricos e práticos que fundamentam a investigação que se pretende realizar. A conceptualização de um tema de investigação é fundamental para garantir que o estudo seja bem direcionado, minuciosamente planeado e executado, e que os seus resultados sejam significativos e relevantes.

Para Vilelas (2020), os procedimentos metodológicos de um projeto de investigação consistem nas etapas fundamentais que orientam o desenvolvimento e a execução da pesquisa. Estes procedimentos têm como objetivo estruturar e garantir a coerência interna do estudo, permitindo a produção de conhecimento válido e confiável.

2.1 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Segundo Vilelas, os objetivos do estudo consistem na definição clara e precisa do que se pretende alcançar com a pesquisa. Eles orientam todo o desenvolvimento do trabalho científico e devem ser formulados de forma explícita e mensurável, garantindo que a questão de investigação seja respondida de forma estruturada.

Para desenvolver a questão de investigação, **“Qual a relação entre a funcionalidade familiar e o conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes?”**, foi formulado o seguinte objetivo geral: analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias com adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos, sobre sexualidade. Como objetivos específicos: avaliar o nível de funcionalidade familiar; determinar o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade; analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, e analisar o nível de funcionalidade familiar consoante as variáveis sociodemográficas.

2.2 – TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta aos objetivos, a metodologia utilizada é de carácter quantitativo, descritivo e correlacional, que segundo Coutinho (2011), este tipo de estudo caracteriza-se por uma abordagem metódica e objetiva da análise de fenómenos sociais ou naturais, recorrendo à quantificação de variáveis e à aplicação de métodos estatísticos para identificar padrões. O objetivo do estudo é desenvolver generalizações que contribuam para aumentar o conhecimento e permitam prever, explicar e controlar fenómenos.

Segundo Fortin (2009), o método quantitativo permite uma investigação metódica de dados mensuráveis, possibilitando a generalização de resultados e o estabelecimento de relações. No contexto dos estudos correlacionais, esta abordagem avalia a associação entre variáveis, sem implicar uma causalidade, enquanto a vertente descritiva procura representar

detalhadamente características observadas, fornecendo um retrato fidedigno da realidade estudada. Deste modo, esta combinação metodológica assegura uma análise rigorosa e abrangente, fundamentada em princípios científicos sólidos.

2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Vilelas (2020), enfatiza que a escolha adequada da amostra e a definição clara da população são etapas cruciais para garantir a qualidade e a validade de qualquer investigação científica.

O estudo foi realizado numa UCSP da ULS Médio Tejo, nas famílias com adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos, pertencentes ao ficheiro da EOC, que recorreram à consulta de vigilância de saúde juvenil e apenas um dos pais / representante legal do adolescente é que preenche o questionário.

A população é de 74 famílias com 79 adolescentes no total. Esta faixa etária representa um momento crucial no desenvolvimento, onde a formação de hábitos saudáveis e a educação sobre sexualidade têm um impacto significativo a longo prazo, e ainda recorrem com alguma frequência à UCSP. O tipo de amostragem foi não probabilístico por conveniência, pois foram contactados via telefone pela EOC para a realização da consulta de rotina de saúde juvenil.

Os critérios de inclusão foram: famílias com adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos, famílias que frequentam a consulta de saúde juvenil na UCSP inscritas no ficheiro clínico da EOC, famílias que concordam em participar no estudo, assinando o termo do consentimento informado e têm disponibilidade para o fazerem e famílias que falam e compreendem e são capazes de responder aos questionários na língua portuguesa em que a pesquisa é conduzida.

Os critérios de exclusão são: famílias com adolescentes que não estejam dentro da faixa etária dos 12 aos 15 anos, famílias que não compreendem ou não conseguem responder aos questionários na língua portuguesa, famílias que não concordam em participar no estudo e famílias que mudem de residência e não frequentem as consultas de saúde juvenil no período do estudo.

A amostra é constituída pelo pai/ mãe/ representante legal que acompanhou o adolescente à consulta e que concordou em participar no estudo.

Deste modo, a amostra do estudo foi de 44 famílias que aceitaram participar na realização deste estudo, englobando 46 adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos.

2.4 – TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Vilelas (2020), os instrumentos de recolha de dados mais utilizados nos estudos quantitativos são os questionários e as escalas, pois permitem obter dados numéricos de forma estruturada e sistemática.

Como instrumento de recolha de dados utilizei um questionário composto por três partes (APÊNDICE 3): a primeira parte é relativa à recolha de dados sociodemográficos, de modo a caracterizar a amostra com as variáveis: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, composição familiar, quantos filhos tem e a respetiva idade, e duas questões de resposta sim / não, se os pais ou representante legal falam sobre sexualidade com o adolescente e se pensam que os adolescentes têm conhecimentos sobre sexualidade.

A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar versão IV (FACES IV) (Versão Portuguesa - Sequeira, Vicente, Daniel, Cerveira, Silva, Neves, Espírito Santo & Guadalupe, 2021), baseada no Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares (Olson et al., 1979; Olson, 1993) (APÊNDICE 3).

Esta escala é de autorresposta e avalia o funcionamento familiar, considerando o nível de coesão (vínculos emocionais e organização interna da família) e o grau de flexibilidade/adaptabilidade (capacidade de ajustar-se a mudanças e responder a novos desafios de forma equilibrada) (Sequeira et al., 2021). O preenchimento desta escala pode ser feito por todos os membros da família com idade igual ou superior a 12 anos. Ela contém 62 itens avaliados numa escala de Likert, com 5 opções de resposta, até ao item 52 (1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “indeciso”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”) e 5 opções de resposta para os itens do 53 ao 62 (1 = “muito insatisfeito”; 2 = “algo insatisfeito”; 3 = “geralmente satisfeito”; 4 = “muito satisfeito”, 5 = “totalmente satisfeito”).

A escala é composta por 62 itens: 14 das subescalas equilibradas (7 para a Coesão Equilibrada e 7 para a Flexibilidade Equilibrada), 28 das subescalas desequilibradas (7 itens para cada uma das subescalas Emaranhada, Desmembrada, Rígida e Caótica), 10 da subescala da Comunicação e 10 itens da subescala da Satisfação. Os itens estão distribuídos da seguinte forma: 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37 para a subescala da Coesão Equilibrada; 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38 para a subescala da Flexibilidade Equilibrada; 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39 na subescala Desmembrada; 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40 na subescala Emaranhada; 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41 na subescala Rígida; 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42 para a subescala Caótica; do 43 ao 52 para a subescala da Comunicação; e do 53 ao 62 na subescala da Satisfação (Silva, 2015).

A FACES IV inclui uma grelha de cotação que está apresentada no ANEXO 17. Para cotar a escala devem-se somar os valores da resposta a cada item, tendo em conta a distribuição

dos mesmos, descrita no parágrafo anterior. A cotação da FACES IV varia entre sessenta e dois e trezentos e dez pontos, sendo que as subescalas equilibradas e desequilibradas apresentam cotações entre sete e trinta e cinco e as subescalas da comunicação e satisfação apresentam cotações entre dez e cinquenta.

Os resultados baixos nas subescalas de equilíbrio são indicadores de um funcionamento familiar problemático, enquanto as pontuações altas são reveladoras de um funcionamento familiar saudável. No que diz respeito às subescalas de desequilíbrio, os resultados baixos indicam um funcionamento familiar saudável e as pontuações altas um funcionamento familiar disfuncional (Olson, 2010, conforme citado por Silva, 2015).

Segundo Olson (2010), citado por Silva (2015), após o cálculo das pontuações totais para cada subescala, é possível converter essas pontuações em percentis para cada uma das subescalas. Esses percentis são obtidos através de tabelas de conversão e permitem a atribuição de níveis a cada uma das subescalas (ANEXO 18 e 19). A escala de FACES IV, possibilita também o cálculo do rácio da coesão, do rácio da flexibilidade e do rácio circumplexo total, através das seguintes formas:

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

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

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

Estes cálculos permitem perceber se o funcionamento familiar tende para o equilíbrio ou desequilíbrio, de forma que: quanto maior for o resultado (superior a um), maior é o equilíbrio do sistema familiar, se o rácio for baixo (menor que um), maior é o desequilíbrio no sistema familiar.

Os cálculos, bem como a cotação dos itens da comunicação e satisfação não são analisados neste relatório, uma vez que não tem pertinência para o estudo. Avaliarei a média e os níveis das subescalas equilibradas e desequilibradas para perceber o tipo de funcionamento familiar da amostra.

Em último, a terceira parte do questionário é o “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” (QCS) de Carvalho, Pinheiro, Pinto Gouveia & Vilar (2017) (APÊNDICE 3). Está organizado em seis áreas temáticas: (1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais

(itens 1, 3, 14, 17 e 21); (2) Sexualidade e prazer sexual (itens 6, 15 e 22); (3) Contraceção e práticas sexuais seguras (itens 7, 8, 9, 11, 19 e 25); (4) Prevenção da Gravidez (itens 2 e 13); (5) Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (itens 4, 5, 10, 12, 16, 18 e 23); e (6) Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR) (itens 20 e 24).

A escala é de resposta dicotómica, ou seja, verdadeiro/ falso, o que permite a cotação de um (1) para respostas corretas (verdadeiro) e zero (0) para respostas incorretas (falso). Um (1) significa que a resposta é dada no sentido correto, indicando conhecimentos adequados sobre a sexualidade. Itens não respondidos são cotados como zero (0). Os itens 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 24 são pontuados inversamente e o resultado consiste no somatório das respostas corretas. As pontuações mais elevadas refletem níveis mais elevados de conhecimentos e os resultados possíveis variam entre 0 e 25 (Carvalho et al., 2017). Este questionário foi validado para a população portuguesa pelos autores mencionados, em 2017. O estudo de validação incluiu tanto a população adolescente quanto a população adulta, tendo sido recomendado a aplicação em pessoas com idade igual ou superior a 12 anos. Assim, este instrumento encontra-se adaptado para ser utilizado por pais ou representantes legais, que constituem a população alvo do presente estudo.

A recolha de dados realizou-se a partir do dia 17 de janeiro até ao dia 21 de fevereiro de 2025 e procedeu-se da seguinte forma:

- Na prática clínica, a EOC contactou um dos pais ou representante legal do adolescente e convocou o adolescente para a sua consulta de vigilância juvenil da faixa etária dos 12, 13, 14 e 15 anos.
- Foi realizada uma tabela onde consta o número de processo familiar das famílias contactadas e as quais foram numeradas de 1 a 74, estes dados semi-anonimizados apenas a EOC tem acesso.
- No final da consulta a EOC fez uma breve explicação, ao pai/ mãe/ representante legal que acompanha o adolescente à consulta, sobre os objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, bem como da livre escolha de participar no estudo. As famílias que concordaram em participar no estudo foi-lhes fornecido um envelope aberto que continha o consentimento informado e o questionário, em que uns preferiram levar para casa e devolver à posteriori, e outros preferiram preencher os questionários numa sala à parte da UCSP. O preenchimento dos questionários teve uma duração de 40 minutos e foi realizado pelo pai/ mãe/ representante legal que acompanhou o adolescente à consulta. É garantido o anonimato completo e a confidencialidade das informações no estudo. Os dados colhidos são utilizados exclusivamente para fins académicos e não incluirão informações que possam identificar os participantes.

- Aquando da devolução dos envelopes, estes foram numerados de 1 a 74 pela EOC, com base na tabela que realizou para identificar as famílias. Esta numeração tem como objetivo controlar quem devolveu ou não o questionário.

Aquando do término deste relatório, realizar-se-à a intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar, dirigida a todos os participantes do estudo. Neste contexto, a EOC será responsável por propor um convite para a participação em sessões de esclarecimento, as quais abordarão temáticas relacionadas à sexualidade e estratégias familiares para tratar do tema com os filhos adolescentes. Estas sessões serão conduzidas em conjunto pela enfermeira e pela investigadora.

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Vilelas (2020), a ética na investigação orienta-se por normas que visam proteger a dignidade humana, promovendo práticas responsáveis e rigorosas em todas as etapas do estudo. As considerações éticas são fundamentais para garantir a integridade científica, o respeito pelos participantes e a proteção dos seus direitos. É essencial o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e a transparência no processo de investigação.

Deste modo, foram solicitadas as autorizações institucionais necessárias para o desenvolvimento do presente estudo de investigação: autorização à coordenadora da UCSP e Diretor Clínico dos CSP, para a realização do estudo na instituição, que foi positivo (ANEXO 20); pedido à comissão de ética da ULS Médio Tejo, cujo parecer foi favorável para o desenvolvimento do estudo (ANEXO 21); pedido à comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), que emitiu um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado (ANEXO 22).

Para a utilização das escalas no questionário foi solicitado a autorização aos autores tanto da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar versão IV (FACES IV) (Versão Portuguesa - Sequeira, Vicente, Daniel, Cerveira, Silva, Neves, Espírito Santo & Guadalupe, 2021) a qual foi concedida autorização (ANEXO 23), bem como o “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” (QCS) de Carvalho, Pinheiro, Pinto Gouveia & Vilar (2017), que também foi autorizada a sua utilização (ANEXO 24).

Para os participantes no estudo foram apresentados os objetivos do estudo, bem como o consentimento informado, cuja participação foi consciente, livre e esclarecida (Apêndice 4).

Foi garantido o anonimato completo e a confidencialidade das informações no estudo. Os dados colhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos e não incluirão informações que possam identificar os participantes. A cada família será aplicado um número para organizar e agrupar os questionários, em que só o investigador terá acesso. Estes questionários serão destruídos após a conclusão do estudo.

2.6 – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 27.0.

Para a análise dos dados, foram aplicadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva, recorreu-se a frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como medidas de tendência central, como a média (M), e a medidas de dispersão, nomeadamente o desvio padrão (DP) e os valores mínimo e máximo.

A normalidade da amostra foi avaliada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, complementada com o teste de *Shapiro-Wilk*, com a variável dependente do estudo a funcionalidade familiar, ambos indicando uma distribuição normal ($p > 0.05$), como se constata na tabela 5.

Tabela 5.

Normalidade da amostra - Teste Kolmogorov-Smirnov^a vs Teste Shapiro-Wilk

	<i>Kolmogorov-Smirnov^a</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>
	<i>p</i>	<i>p</i>
Funcionamento familiar	0.198	0.233

Consequentemente, na análise inferencial, foram aplicados testes paramétricos, devido à normalidade da distribuição da amostra, e que segundo Vilelas (2020), são testes mais robustos e de maior poder estatístico.

Para analisar a correlação entre as variáveis dependentes, nomeadamente o funcionamento familiar e o conhecimento sobre sexualidade, mensuradas através das respetivas escalas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

Para investigar a relação entre as variáveis de um grupo e a variável dependente (funcionamento familiar), aplicou-se o teste *t-Student*. Para comparar três ou mais grupos em relação às variáveis e à funcionalidade familiar, utilizou-se o teste *ANOVA*.

2.7 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Decorrente da análise dos dados obtidos, é agora descrito os resultados da caracterização sociodemográfica da amostra, do nível da funcionalidade familiar, o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, bem como o nível de funcionalidade familiar consoante as variáveis sociodemográficas.

Segundo Vilelas (2020), os dados devem ser organizados de forma prática e lógica, utilizando ferramentas como tabelas, gráficos e figuras de modo a facilitar a compreensão da problemática que representa o alvo de estudo.

A tabela 6 apresenta informações numéricas, estudadas através da análise descritiva das variáveis independentes e revela a informação essencial da caracterização sociodemográfica da amostra.

A amostra do estudo é de 44 famílias, em que um dos elementos (mãe ou pai, pois não havia nenhum participante como representante legal do adolescente na consulta), respondeu ao questionário.

Ao analisar a tabela 6, a idade do elemento que respondeu ao questionário, sendo a mãe ou pai, situa-se entre os 33 e 54 anos, sendo a média de idades de 43.45 anos, com um desvio padrão de 5.06 anos. A faixa etária dos 48 anos é a de maior prevalência (11.4% com 5 elementos), seguida dos 39 anos (9.1%, com 4 elementos) e 41 anos (9.1%, com 4 elementos).

Relativamente ao sexo, a amostra é maioritariamente do sexo feminino com 41 elementos que corresponde a 93.2%, havendo apenas 3 pessoas do sexo masculino, sendo 6.8% da amostra.

No que diz respeito ao estado civil, 54.5% da amostra são casados, a contrastar com 2.3% da amostra é solteiro, sendo apenas um elemento. É de referir que 27.3% estão em união de facto e 15.9% são divorciados.

A maioria dos elementos da amostra, 56.8% possui como habilitações literárias, o ensino superior, em oposição a 15.9% que apenas possui o ensino básico, e 27.3% tem o ensino secundário.

No que concerne à tipologia familiar, 75% são famílias nucleares, seguida de 18.2% em que são famílias monoparentais. Há uma menor prevalência de famílias alargada e reconstituída com 2.3% e 4.5%, respetivamente.

O número de filhos que cada família tem, varia de 1 a 6 filhos nesta amostra, e vão de 2 a 30 anos. A maioria das famílias tem 2 filhos que corresponde a 65.9%, seguido de 7 famílias que têm 1 filho ou 3 filhos, que corresponde a 15.9% igualmente. Apenas uma família tem 6 filhos correspondente a 2.3% da amostra. Na idade do 1º filho, a faixa etária com maior prevalência é a dos 12, 13 e 15 anos, correspondendo a 18.2%, simultaneamente. Na idade do 2º filho, a idade com maior prevalência é a dos 9 e 12 anos, correspondendo a 15.9%. E na idade do 3º filho é a idade dos 5 e 9 anos que corresponde a 4.5%. No 4º, 5º e 6º filho apenas há uma

pessoa em cada variável e corresponde a 18, 13 e 10 anos, respetivamente, sendo 2.3% dos filhos da amostra.

Tabela 6.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	<i>n</i>	%	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade						
33	2	4.5				
34	1	2.3				
36	1	2.3				
37	1	2.3				
38	1	2.3				
39	4	9.1				
40	3	6.8				
41	4	9.1				
42	3	6.8	33	54	43.45	5.064
43	2	4.5				
44	3	6.8				
45	1	2.3				
46	3	6.8				
47	3	6.8				
48	5	11.4				
49	2	4.5				
50	3	6.8				
51	1	2.3				
54	1	2.3				
Sexo						
Masculino	3	6.8				
Feminino	41	93.2				
Estado Civil						
Solteiro	1	2.3				
Casado	24	54.5				
Divorciado	7	15.9				
União de facto	12	27.3				
Habilitações Literárias						
Ensino Básico	7	15.9				
Ensino Secundário	12	27.3				
Ensino Superior	25	56.8				
Tipologia familiar						
Nuclear	33	75				
Alargada	1	2.3				

Monoparental	8	18.2				
Reconstituída	2	4.5				
Número de filhos						
1	7	15.9				
2	29	65.9	1	6	2.09	0.830
3	7	15.9				
6	1	2.3				
Idade do 1º filho						
12	8	18.2				
13	8	18.2				
14	5	11.4				
15	8	18.2				
16	1	2.3				
17	1	2.3				
18	1	2.3	12	30	15.95	4.193
19	4	9.1				
20	3	6.8				
23	2	4.5				
24	1	2.3				
25	1	2.3				
30	1	2.3				
Idade do 2º filho						
2	1	2.3				
4	1	2.3				
7	2	4.5				
8	2	4.5				
9	7	15.9				
10	4	9.1	2	22	11.08	3.562
11	2	4.5				
12	7	15.9				
13	3	6.8				
14	1	2.3				
15	6	13.6				
22	1	2.3				
Idade do 3º filho						
3	1	2.3				
4	1	2.3				
5	2	4.5	3	20	7.88	5.410
8	1	2.3				
9	2	4.5				
20	1	2.3				
Idade do 4º filho	18	1	2.3	18	18	18

Idade do 5º filho	13	1	2.3	13	13	13
Idade do 6º filho	10	1	2.3	10	10	10

Relativamente à questão “Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?”, realizada aos inquiridos, constata-se na tabela 7, que 93.2% responderam que sim, a contrastar com 6.8% da amostra que disse que nunca falou sobre sexualidade com o seu filho.

Tabela 7.

Resposta à questão: “Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?”

	<i>n</i>	%
Sim	41	93.2
Não	3	6.8
Total	44	100

A questão: “Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?”, é apresentada na tabela 8, as respostas dos inquiridos são de 86.4% que responderam que sim, em oposição a 13.6% da amostra que afirma que o seu filho não tem conhecimentos sobre sexualidade.

Tabela 8.

Resposta à questão: “Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?”

	<i>n</i>	%
Sim	38	86.4
Não	6	13.6
Total	44	100

A caracterização da funcionalidade familiar das famílias que participaram no estudo, foi efetuada através da escala FACES IV, mais concretamente das subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e das subescalas desequilibradas (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica), que através do cálculo (somatório, níveis e rácios) de cada subescala, a média que é originada, é o valor que permite perceber o nível de funcionalidade familiar.

Primeiramente determinou-se a consistência interna da escala FACES IV neste estudo, calculou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*, que segundo Fortin (2009), esta é a técnica mais utilizada para avaliar a consistência interna de uma escala, especialmente quando há múltiplas opções de resposta, como na escala de *Likert*. Para uma escala ter uma boa consistência interna o valor do alfa de Cronbach terá de ser sempre superior a 0.7.

No que diz respeito ao valor de alfa de *Cronbach*, o resultado foi de 0.847 (tabela 9) para este estudo, o que revela uma boa consistência interna da escala total.

Tabela 9.*Coeficiente alfa de Cronbach da Escala FACES IV*

Alfa de Cronbach	N. de Itens
0.847	62

A análise da tabela 10 revela que as médias para a flexibilidade e a coesão equilibradas são de 28.16 e 29.59, respetivamente. Considerando o intervalo de pontuação de 7 a 35 pontos, esses valores correspondem a uma média elevada, indicando que a maioria dos elementos da amostra têm uma perceção de uma flexibilidade e coesão familiar boa. Por outro lado, as médias dos itens pertencentes à subescala desequilibrada apresentam valores inferiores dentro do mesmo intervalo: a dimensão desmembrada regista uma média de 13.30, a emaranhada de 19.91, a rígida de 20.86 e a caótica de 13.43. Estes valores, considerados baixos, também indica que a maioria dos elementos da amostra têm a perceção que a sua família não é emaranhada, nem desmembrada, rígida ou caótica.

Ao converter as pontuações referentes a cada subescala da FACES IV para os respetivos valores percentuais através da utilização das tabelas de conversão complementares (ANEXO 18 e 19), os dados apresentados na tabela 10 permitem atribuir um nível a cada item de cada subescala. Assim, verifica-se que 75% da amostra está num nível muito flexível; 59.1% encontra-se num nível muito coeso; para o item desmembrada e caótica, ambos estão num nível muito baixo com 77.3% e 81.8%, respetivamente; e por fim nos itens de emaranhada e rígida, enquadram-se num nível baixo com 70.5% e 56.8%, respetivamente. Estes valores confirmam, o que os valores de média apresentaram, em que temos famílias com valores elevados na subescala equilibrada e valores baixos na subescala desequilibrada.

Tabela 10.

Caracterização da Escala FACES IV – itens que compõem as subescalas equilibradas e desequilibradas em níveis

	<i>n</i>	%	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Itens das subescalas				7	35		
Flexibilidade Equilibrada			44	18	35	28.16	3.923
Pouco flexível	0	0					
Flexível	11	25					
Muito flexível	33	75					
Coesão Equilibrada			44	19	35	29.59	3.426
Pouco coesa	3	6.8					
Coesa	15	34.1					
Muito coesa	26	59.1					
Desmembrada			44	7	23	13.30	3.776
Muito baixo	34	77.3					
Baixo	8	18.2					
Moderado	2	4.5					
Alto	0	0					
Muito alto	0	0					
Emaranhada			44	16	27	19.91	2.476
Muito baixo	3	6.8					
Baixo	31	70.5					
Moderado	8	18.2					
Alto	2	4.5					
Muito alto	0	0					
Rígida			44	15	28	20.86	2.647
Muito baixo	2	4.5					
Baixo	25	56.8					
Moderado	16	36.4					
Alto	1	2.3					
Muito alto	0	0					
Caótica			44	7	24	13.43	3.830
Muito baixo	36	81.8					
Baixo	6	13.6					
Moderado	2	4.5					
Alto	0	0					
Muito alto	0	0					

Os dados apresentados na tabela 11 divulgam a média da subescala equilibrada que é de 57.75. Considerando o intervalo de pontuação, este valor corresponde a uma média elevada, indicando uma funcionalidade familiar saudável. Por outro lado, a média da subescala desequilibrada apresenta um valor inferior, para o seu intervalo de pontuação, é de 67.50, o que comprova a interpretação de uma funcionalidade familiar saudável.

Tabela 11.

Caracterização da Escala FACES IV –agrupamento das subescalas: equilibrada e desequilibrada

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Funcionamento Familiar Subescala Equilibrada	44	39	70	57.75	7.005
Funcionamento Familiar Subescala Desequilibrada	44	50	91	67.50	7.952

A tabela 12, descreve os dados da funcionalidade familiar segundo os rácios da FACES IV, verifica-se que as famílias se encontram, em todos os rácios, na família equilibrada, sendo a coesão e o Circumplexo total 100%, e 95.5% na flexibilidade. Todos os rácios têm uma média superior a 1, o que corrobora a funcionalidade familiar equilibrada da amostra.

Tabela 12.

Caracterização da Escala FACES IV –rácios de coesão, flexibilidade e circumplexo total

	n	%	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Rácio							
Flexibilidade							
Família equilibrada	42	95.5	44	1	2	1.95	0.213
Família desequilibrada	2	4.5	44				
Coesão							
Família equilibrada	44	100	44	2	2	2	0
Família desequilibrada	0	0	44	0	0	0	0
Circumplexo total							
Família equilibrada	44	100	44	2	2	2	0
Família desequilibrada	0	0	44	0	0	0	0

Para avaliar o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, foi aplicado o Questionário de Conhecimento sobre Sexualidade (QCS). Os resultados, apresentados na tabela 13, indicam que a maioria das famílias demonstra um nível de conhecimento

significativo sobre o tema, uma vez que a média obtida foi de 20.32, um valor elevado dentro do intervalo de pontuação estabelecido.

Tabela 13.

Caracterização da escala dos conhecimentos sobre sexualidade - QCS

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
QCS_Total	44	12	25	20.32	2.726

Para analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, foi realizada uma análise de correlação de *Pearson* entre as duas variáveis. Na variável funcionalidade familiar, recorreu-se à subescala equilibrada (coesão + flexibilidade), uma vez, e como foi referido anteriormente, para Olson a funcionalidade familiar é definida pela coesão e flexibilidade. Esta variável foi selecionada para estabelecer a correlação com todas as demais variáveis.

Conforme apresentado na tabela 14, os resultados indicam a ausência de uma relação estatisticamente significativa, dado que o valor de p é 0.081. No entanto, uma vez que se trata de uma correlação positiva, pode-se pressupor que um melhor funcionamento familiar tende a estar associado a um nível mais elevado de conhecimentos sobre sexualidade.

Tabela 14.

Correlação entre funcionalidade familiar e conhecimentos sobre sexualidade – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e QCS

QCS_Total			
	N	Correlação de <i>Pearson</i>	p
Funcionalidade Familiar	44	0.266	0.081

De seguida, realizou-se a análise da correlação de uma das variáveis dependentes deste estudo, optando-se pela funcionalidade familiar, e as variáveis sociodemográficas.

A tabela 15, apresenta a correlação entre a funcionalidade familiar e a idade, com base no teste de correlação de *Pearson*, que revelou uma correlação negativa (-0.420) entre as variáveis, sugerindo que, à medida que a idade aumenta, a funcionalidade familiar tende a diminuir. Além disso, o valor de $p=0.005$ é estatisticamente significativo, sugerindo que a correlação observada é válida e existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Tabela 15.

Correlação entre funcionalidade familiar e idade – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e idade

Idade			
	N	Correlação de Pearson	p
Funcionalidade Familiar	44	-0.420	0.005

A análise estatística da tabela 16, apresenta a correlação entre a funcionalidade familiar e o sexo, foi realizada através do teste *t-Student*, em que o valor de $p=0.432$ indica que não há uma diferença estatisticamente significativa na funcionalidade familiar e os diferentes sexos, bem como, o valor de Z (0.629) e t (0.063) reforça essa ausência de efeito significativo, e a estatística não indica uma diferença substancial entre as variáveis.

Tabela 16.

Correlação entre funcionalidade familiar e Sexo – Teste t- Student: FACES IV e sexo

Sexo			
	Z	p	t
Funcionalidade Familiar	0.629	0.432	0.063

A tabela 17 apresenta os resultados da análise *ANOVA*, correlacionando a funcionalidade familiar e o estado civil dos inquiridos. O valor de p é 0.069 o que traduz, que não há relação estatisticamente significativa, ou seja, o estado civil não influencia a funcionalidade familiar.

Tabela 17.

Correlação entre funcionalidade familiar e Estado civil – Teste ANOVA: FACES IV e estado civil

Estado Civil		
	Z	p
Funcionalidade Familiar	2.548	0.069

A apresentação da tabela 18, relata a relação entre a funcionalidade familiar e as habilitações literárias dos elementos da amostra, segundo o teste *ANOVA*, o qual revelou um $p=0.195$, não havendo relação estatisticamente significativa, ou seja, não há impacto do grau de habilitações literárias sobre o funcionamento familiar, mas pelo valor $z=1.700$ pode-se dizer que as variáveis assumem o mesmo comportamento, quando um aumenta o outro também aumenta.

Tabela 18.

Correlação entre funcionalidade familiar e Habilitações literárias – Teste ANOVA: FACES IV e habilidades literárias

Habilitações literárias		
	<i>Z</i>	<i>p</i>
Funcionalidade Familiar	1.700	0.195

Os dados da tabela 19, apresentam a relação entre a funcionalidade familiar e a tipologia familiar, segundo o teste ANOVA. O valor de $p=0.059$, significa que não há relação estatisticamente significativa, ou seja, a tipologia familiar não influencia o funcionamento familiar, mas pelo valor $z=2.685$, as variáveis adotam a mesma conduta, quando uma variável aumenta, a outra também tem tendência a aumentar.

Tabela 19.

Correlação entre funcionalidade familiar e Tipologia familiar – Teste ANOVA: FACES IV e tipologia familiar

Tipologia familiar		
	<i>Z</i>	<i>p</i>
Funcionalidade Familiar	2.685	0.059

A correlação entre o funcionamento familiar e o número de filhos da amostra em estudo, analisado pelo teste de correlação de *Pearson*, é apresentado na tabela 20. O valor de $p=0.007$ o que significa que é estatisticamente significativo, bem como o valor de correlação de *Pearson* é -0.404, podendo afirmar-se que consoante aumenta o número de filhos, diminui a funcionalidade familiar.

Tabela 20.

Correlação entre funcionalidade familiar e Número de filhos – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e número de filhos

Número de filhos			
	<i>N</i>	Correlação de <i>Pearson</i>	<i>p</i>
Funcionalidade Familiar	44	-0.404	0.007

Os resultados entre a funcionalidade familiar e a idade dos filhos, provenientes do teste de correlação de *Pearson*, na tabela 21, evidenciam uma correlação negativa significativa, bem como um p estatisticamente significativo, em qualquer que seja a faixa etária dos filhos,

pressupondo-se que consoante aumenta a idade dos filhos, assim diminui a funcionalidade familiar.

Tabela 21.

Correlação entre funcionalidade familiar e Idade dos filhos – Teste de correlação de Pearson: FACES IV e idade dos filhos

Idade dos filhos				N	Correlação de Pearson	p
Funcionalidade Familiar	Idade dos filhos	dos	1ºs			
Funcionalidade Familiar	Idade dos filhos	dos	2ºs	37	-0.502	0.002
Funcionalidade Familiar	Idade dos filhos	dos	3ºs	8	-0.846	0.008
Funcionalidade Familiar	Idade dos filhos	dos	4º, 5º, 6º	1	Sem dados	Sem dados

Na tabela 22 e 23, estão descritos os resultados da correlação entre a funcionalidade familiar e as questões elaboradas aos pais sobre “falar sobre sexualidade com os filhos” e se os filhos “possuem conhecimentos sobre sexualidade”. Foi aplicado o teste *t-Student*, e o resultado para ambos foi de que não há relação estatisticamente significativa ($p=0.690$ e $p=0.827$, respetivamente), mas podem ter um comportamento de crescimento semelhante, valor de $z=0.161$ e $z=0.048$, respetivamente, no qual, há medida que fala com filho sobre sexualidade o funcionamento familiar aumenta, e se os filhos possuem conhecimentos sobre sexualidade, o funcionamento familiar também aumenta.

Tabela 22.

Correlação entre funcionalidade familiar e “Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?” – Teste T- Student: FACES IV e questão

Já alguma vez falou sobre sexualidade com o seu filho?			
	Z	p	t
Funcionalidade Familiar	0.161	0.690	-1.179

Tabela 23.

Correlação entre funcionalidade familiar e “Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?” – Teste T- Student: FACES IV e questão

Pensa que o seu filho tem conhecimentos sobre sexualidade?			
	Z	p	t
Funcionalidade Familiar	0.048	0.827	-0.093

Com os resultados gerais apresentados, segue-se a discussão dos mesmos, com complementaridade de estudos efetuados por autores, sobre a temática em estudo.

2.8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este tópico consiste na análise e interpretação dos dados obtidos, relacionando-os com os objetivos do estudo e a literatura existente.

O perfil sociodemográfico da amostra, que contempla 44 famílias, em que um dos elementos do papel parental respondeu ao questionário, revelaram os seguintes achados: a maioria dos participantes que responderam ao questionário são do sexo feminino (93.2%), com idades entre os 33 e 54 anos, sendo a média de 43.45 anos. Maioritariamente são casados (54.5%) e possuem o ensino superior (56.8%). Quanto à tipologia familiar, predominam as famílias nucleares (75%), seguidas pelas monoparentais (18.2%). A maioria das famílias tem dois filhos (65.9%), com idades mais comuns de 12, 13 e 15 anos no caso do primeiro filho.

Relativamente às questões colocadas, os resultados indicam que a maioria dos pais ou mães (93.2%) já abordaram o tema da sexualidade com os filhos, enquanto uma pequena percentagem (6.8%) nunca o fez. Além disso, 86.4% dos inquiridos acreditam que os seus filhos têm conhecimentos sobre sexualidade, enquanto 13.6% consideram que não. Estes resultados sugerem uma elevada tendência para o diálogo sobre sexualidade dentro das famílias e uma perceção generalizada de que os filhos têm alguma informação sobre o tema.

Num estudo, desenvolvido na China, que estudou a relação do contexto familiar com a sexualidade nos adolescentes, concluiu que os pais eram mais propensos e mais dispostos a comunicar com os filhos sobre questões relacionadas com a sexualidade, mas evitavam intencionalmente estas conversas com as filhas, sendo as mães a fazê-lo. Ainda como conclusão perceberam que os pais devem comunicar com os seus filhos sobre sexualidade, orientando-os assim para comportamentos sexuais saudáveis (Shi et al, 2022).

As conclusões seguintes dizem respeito aos objetivos específicos deste estudo e permitirão compreender os principais achados desta investigação.

No que concerne ao objetivo: avaliar o nível de funcionalidade familiar, que foi estudada através da escala FACES IV, esta apresentou uma boa consistência interna com um coeficiente alfa de Cronbach de 0.847, o qual demonstra a fiabilidade da escala no contexto deste estudo. Além disso, os resultados são consistentes com investigações anteriores, como as de Cerveira (2015) e Silva (2015), que obtiveram valores semelhantes (0.81), reforçando a validade desta escala para a avaliação da funcionalidade familiar.

As conclusões que emergiram da avaliação desta escala, indica que a maioria dos participantes entende que as suas famílias têm um funcionamento equilibrado, com médias

elevadas nas dimensões de flexibilidade (28.16) e coesão (29.59), sugerindo um bom nível de flexibilidade/ adaptação e coesão familiar, tal como nos estudos de Neves (2024) e Coelho (2023), que estudaram a coesão e adaptação de famílias com filhos adolescentes e interações familiares em famílias com adolescentes, respetivamente, e obtiveram resultados similares. Por outro lado, neste estudo, as médias das dimensões associadas à disfunção familiar (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica) são relativamente baixas, o que reforça a perceção de um funcionamento familiar saudável, como no estudo de Cerveira (2015) que analisou a perceção do funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares. A conversão para valores percentuais confirma esta tendência, com 75% das famílias classificadas como muito flexíveis e 59.1% como muito coesas, enquanto os níveis dos itens da subescala desequilibrada permanecem baixos, mantendo um perfil familiar saudável e funcional.

Ao agrupar os itens às suas subescalas correspondentes, equilibradas e desequilibradas, a média da subescala equilibrada (57.75) é elevada, enquanto a média da subescala desequilibrada (67.50) permanece inferior dentro do seu intervalo de pontuação, reforçando a perceção do funcionamento familiar saudável. Além disso, os rácios da FACES IV mostram que 100% das famílias apresentam coesão equilibrada, 95.5% demonstram flexibilidade equilibrada e todas as médias dos rácios são superiores a 1, confirmando a existência de um funcionamento familiar globalmente saudável e funcional.

Cruz (2021, p. 94), no seu estudo sobre o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência, também obteve “médias mais elevadas nas subescalas equilibradas e médias mais baixas nas subescalas desequilibradas, o que representa um bom indício de funcionamento familiar, visto que à luz do Modelo Circumplexo (conforme citado por Olson & Gorall, 2006) as famílias com níveis de coesão e flexibilidade equilibrados conduzem a funcionamentos familiares mais saudáveis”.

Para o objetivo: determinar o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade; chegou-se à conclusão de que a maioria das famílias apresenta um elevado nível de conhecimentos sobre sexualidade, conforme demonstrado pela média obtida no Questionário de Conhecimento sobre Sexualidade (20.32). Este valor, considerado elevado dentro do intervalo de pontuação, sugere que os participantes possuem informação relevante sobre o tema, refletindo uma boa literacia em sexualidade no contexto familiar, como foi apresentado no estudo de validação desta escala para a população portuguesa, da autora Carvalho (2017), que “os pais e mães consideram ter conhecimentos adequados para proporcionar aos filhos” (p. 112).

O objetivo que responde à pergunta central do estudo: analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias sobre a sexualidade, a conclusão deste estudo indica que não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento sobre sexualidade, uma vez que o valor de p obtido (0.081) está acima do limite da significância. No entanto, a correlação positiva sugere uma tendência em que famílias com melhor funcionamento podem apresentar um nível mais elevado de conhecimento sobre sexualidade, ainda que esta relação não seja estatisticamente comprovada. Não existe literatura que refute esta conclusão, sendo este estudo pioneiro sobre a temática em questão.

Por fim, o objetivo: analisar o nível de funcionalidade familiar consoante as variáveis sociodemográficas, as conclusões foram as seguintes:

Estabeleceu-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a funcionalidade familiar, sugerindo que, com o passar dos anos, pode haver uma tendência para uma ligeira diminuição na percepção da funcionalidade familiar. Da mesma forma, verificou-se que o número de filhos parece estar associado a uma menor funcionalidade, uma vez que as famílias mais numerosas tendem a apresentar níveis ligeiramente inferiores neste domínio. Este efeito também foi observado em relação à idade dos filhos, em que as famílias com filhos mais velhos apresentam menor funcionalidade.

Pela ausência de literatura que justifique a relação que a idade tem no funcionamento familiar, pode-se compreender que o resultado obtido sugere que ao longo das diferentes fases do ciclo de vida, emergem papéis, necessidades, e desafios que devem ser superados, implicando distintos desafios psicossociais que afetam as interações familiares. Com o avançar da idade, observa-se um aumento das responsabilidades e uma maior complexidade na dinâmica do cuidado dentro da família, sendo que as transformações no contexto familiar podem perturbar o funcionamento familiar.

Segundo Lucas (2012), conforme citado por Cerveira (2015, p. 25), que de uma forma semelhante aos resultados obtidos neste estudo, confirmou que o número de filhos tem impacto na funcionalidade familiar, pois concluiu que

a percepção das forças familiares está relacionada com o bem-estar psicológico e com o número de filhos, isto é, as mães das famílias monoparentais com menos filhos e com um provável bem-estar psicológico tendem a ter uma percepção das forças mais positiva do que as mães de famílias monoparentais com mais filhos e com um provável sofrimento psicológico.

Neves (2024, p. 56), verificou que em nenhuma das subescalas da funcionalidade familiar existiam diferenças estatisticamente significativas com a idade dos filhos, pelo que concluiu

que “independentemente da fase de adolescência dos filhos a coesão e adaptabilidade das famílias é semelhante”, apesar do resultado deste estudo não corroborar esta informação.

Contudo, variáveis como sexo, estado civil, nível de escolaridade e tipologia familiar não apresentaram relações estatisticamente significativas com a funcionalidade familiar. No entanto, algumas dessas variáveis demonstraram correlação de associação, como o estado civil e a tipologia familiar, sugerindo que, apesar de não serem estatisticamente significativos, há uma possível influência dessas variáveis no funcionamento familiar.

Embora não exista literatura que comprove a relação, ou a sua ausência, entre a variável estado civil e o funcionamento familiar, pode-se inferir, com base em Alarcão (2000), que não é a estrutura familiar formal, como o estado civil, que determina a funcionalidade familiar, mas sim as interações entre os seus membros e a capacidade da família de se adaptar às transições e adversidades da vida.

No estudo de Cerveira (2015, p. 18), contrariamente aos resultados obtidos neste estudo, a autora obteve diferenças significativas ao nível do funcionamento familiar e o sexo.

Para Neves (2024, p. 57), o nível de escolaridade e a relação com a funcionalidade familiar, tal como neste estudo, não “observou qualquer diferença estatisticamente significativa”.

Por conseguinte, Almeida (2014, citado por Cerveira, 2015, p. 24), no estudo que realizou com o objetivo de analisar as diferenças do funcionamento familiar entre as diversas configurações familiares, através da percepção de filhos adolescentes e de pais, concluiu que também “não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes tipologias familiares ao nível do funcionamento familiar”, corroborando os dados obtidos.

Em relação à comunicação dos pais, sobre sexualidade com os filhos, os resultados indicaram que não há uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o facto dos pais conversarem sobre sexualidade com os filhos ou de os filhos possuírem conhecimentos sobre o tema. Contudo, observou-se uma tendência de crescimento semelhante, indicando que quanto mais os pais abordam o tema da sexualidade, maior pode ser a funcionalidade familiar. Apesar de não existir nenhum estudo que relacione a funcionalidade familiar com os conhecimentos sobre sexualidade das famílias, Barreira et al. (2015), estudaram a cultura organizacional da família como preditor das atitudes e comportamentos sexuais nos adolescentes, e tal como Dias e Rodrigues (2009), conforme citados no seu estudo, “a qualidade da relação que a família estabelece, bem como os valores e as atitudes que transmitem, influenciam as atitudes e comportamentos sexuais” (p. 23).

A dificuldade em comparar estudos e resultados, é complexa, uma vez que não há estudos realizados sobre a temática em questão. É fulcral a necessidade de realização de estudos

acerca da funcionalidade familiar e conhecimentos sobre sexualidade em famílias com adolescentes, para melhor compreensão dos resultados obtidos.

3 - OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Apresentação de diversas atividades de investigação e disseminação de resultados desenvolvidas durante o mestrado, em eventos científicos dedicados à enfermagem em saúde familiar:

- Comunicação livre intitulada: "*Impacto da úlcera de perna na família*", no I Congresso Internacional de Viabilidade Tecidual e Cuidados à Pessoa com Ferida: Colocar o dedo na ferida, que decorreu nos dias 26 e 27 de janeiro de 2024, na Universidade de Aveiro (ANEXO 25).
- Apresentação do póster "*Queda no Idoso—O envolvimento da Família*" no V Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade, promovido pela AUCC, nos dias 21 e 22 de março de 2024 (ANEXO 26).
- Participação com um Póster subordinado ao tema "*O recurso à terapia compressiva nos cuidados de saúde primários: um estudo de caso*", no XXII Encontro Nacional da APECSP, realizado no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, nos dias 11 e 12 de abril de 2024 (ANEXO 27).
- Participação com um Póster subordinado ao tema "*Funcionamento familiar na transição desenvolvimental na adolescência*", no XXII Encontro Nacional da APECSP, realizado no Auditório do Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, nos dias 11 e 12 de abril de 2024 (ANEXO 28).
- Comunicação em formato de póster "*Práticas de segurança em contexto domiciliário e comunitário: PREVENIR QUEDAS EM FAMÍLIAS COM IDOSOS*", enquadrado no eixo temático Promoção da saúde família, no âmbito do XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 29).
- Comunicação em formato de póster "*Prevenção da Obesidade Infantil: 'Intervenções Mágicas para Cuidar: Famílias a criar um futuro mais saudável e feliz'*", enquadrado no eixo temático Promoção da saúde família, no âmbito do XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 30).
- Comunicação em formato de póster "*A transição desenvolvimental da adolescência e a dinâmica familiar*", enquadrado no eixo temático Enfermagem de família, no âmbito do XVI Encontro do Dia Internacional da Família: 30 Anos de comemorações ONU, que decorreu no dia 15 de maio de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 31).

- Apresentação do e-póster "*Funcionalidade familiar e conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes.*", no âmbito do 4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!", que decorreu no dia 27 de novembro de 2024, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 32).
- Apresentação de Comunicação Oral com o título "Projeto de melhoria na Prevenção da Obesidade nas famílias com crianças dos 5 aos 10 anos", no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025 (ANEXO 33).
- Comunicação em formato póster: "Intervenções mágicas para cuidar: famílias a criar um futuro mais saudável e feliz: boas práticas na prevenção da obesidade ", no International Congresso Family Health (ICFH'25) organizado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual), nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (ANEXO 34).
- Comunicação em formato póster: "Projeto de investigação: funcionalidade familiar e conhecimento sobre sexualidade, em famílias com adolescentes ", no International Congresso Family Health (ICFH'25) organizado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual), nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (ANEXO 35).

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu-me refletir de forma prática e introspetiva sobre os estágios realizados, destacando a sua importância para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeira especialista em saúde familiar.

Durante esta experiência, integrei-me na rotina da UCSP e participei ativamente em diversas atividades, desde a avaliação e diagnóstico até ao planeamento e intervenção junto dos utentes e das suas famílias. As atividades desenvolvidas abrangeram tanto a prevenção e promoção da saúde, quanto a prestação de cuidados em situações de doença, reforçando a minha capacidade de comunicação na prestação dos cuidados à família como um todo, bem como a compreensão sobre a importância da abordagem holística no cuidado à saúde familiar. A prática clínica direcionada para a saúde familiar revelou-se um campo de aprendizagem essencial, onde pude aplicar teorias e conceitos adquiridos durante a formação teórica do curso, o que me permitiu desenvolver ainda mais as competências necessárias como enfermeira especialista em saúde familiar.

Atualmente, muitos enfermeiros trabalham com famílias nos cuidados de saúde primários e não tiveram, na sua formação de base, contacto com instrumentos de avaliação familiar. Com base no modelo de aquisição de competências de Benner, a competência do enfermeiro evolui e modifica-se ao longo do tempo (Henriques & Santos, 2019).

Ainda são visíveis constrangimentos nesta mudança de paradigma. Apesar de existir já uma considerável quantidade de literatura disponível sobre as famílias, ainda é pouco visível e notório o trabalho desenvolvido pela enfermagem de saúde familiar, bem como a perceção que a comunidade tem. Acresce o facto de os Enfermeiros ainda acreditarem que o estudo da família faz parte do senso comum. Por outro lado, a enfermagem tem fortes laços históricos com o modelo biomédico, centrando-se tradicionalmente no indivíduo como cliente, sendo a família observada, na melhor das hipóteses, como contexto. Exemplo disso são os registos orientados apenas para o indivíduo (Fernandes, 2014).

No decorrer dos estágios houve dificuldades e limitações, como a resistência de algumas famílias/ utentes à adesão de proposta de mudança de hábitos e estilos de vida, pois o facto de não me conhecerem e de não termos uma relação de confiança estabelecida, foi um fator dificultador. A não utilização de um modelo conceptual de avaliação familiar, também foi limitador, mas que foi ultrapassado. A reduzida disponibilidade de recursos para a implementação de determinadas intervenções e a necessidade de lidar com contextos socioculturais variados que influenciam as práticas de saúde. Contudo, os objetivos para estes estágios, inicialmente delineados, foram alcançados, pois a experiência foi muito produtiva e enriquecedora.

No dia a dia os enfermeiros deparam-se com situações complexas que requerem decisões éticas. As minhas ações e decisões foram baseadas nos princípios éticos da profissão, como a justiça, a beneficência, a não maleficência e a autonomia. Aquando destas decisões há que tomar uma posição de liderança envolvendo a família no processo de decisão assegurando-se que todos os pontos de vista são considerados e deve ser avaliado o processo de decisão e os seus resultados, de forma a garantir que os cuidados de enfermagem melhoraram as necessidades dos utentes e das suas famílias (Alvarenga, 2016; Deodato, 2015).

No decorrer do primeiro estágio, identifiquei uma problemática no contexto da UCSP: maternidade precoce em jovens adolescentes, o que me suscitou interesse e motivou o desenvolvimento do meu projeto de investigação, com o intuito de perceber o nível de conhecimento dos pais sobre a sexualidade, sendo estes os elementos ativos na educação dos adolescentes, para que estes desenvolvam comportamentos seguros na sua vida sexual. A partir deste reconhecimento, realizei uma contextualização do problema, seguido da fundamentação teórica com o objetivo de analisar a relação entre a funcionalidade familiar e o nível de conhecimento das famílias com adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos, sobre sexualidade. Após uma planificação metodológica, procedi à recolha e análise dos dados, cujos resultados permitiram concluir que a amostra deste estudo apresenta uma funcionalidade familiar predominantemente saudável e equilibrada, possuem conhecimentos sobre sexualidade e as duas variáveis não têm relação estatisticamente significativa. A idade, o número de filhos e a idade dos filhos são os fatores que influenciam diretamente a funcionalidade familiar, enquanto outras variáveis analisadas não apresentaram relação estatisticamente significativa.

Esta pesquisa foi muito significativa não só para o meu crescimento profissional, mas também pessoal. Este tipo de estudo fornece dados essenciais para a saúde pública, mas também oferece uma base sólida para desenvolver programas educacionais e preventivos adaptados à realidade cultural e social de Portugal, por parte da enfermagem de saúde familiar. Ao compreender as necessidades específicas dos adolescentes e das suas famílias, podemos trabalhar de forma mais eficaz na redução das gravidezes na adolescência e na prevenção das IST, garantindo um futuro mais saudável e promissor para as gerações mais jovens.

Durante o estudo, surgiram algumas dificuldades e limitações relacionadas com o contacto com as famílias. Muitas não atenderam as chamadas, algumas já não residiam no concelho e, em vários casos, a disponibilidade horária dos pais revelou-se reduzida, dificultando a sua deslocação à UCSP para acompanhar os filhos adolescentes à consulta de saúde juvenil. Esses fatores condicionaram a recolha dos dados, limitando a participação de um maior número de famílias no estudo.

Como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar, ao longo do trabalho de investigação percebi que os auxiliares de estudo, como é o questionário sobre conhecimentos em sexualidade (QCS), não abrange todas as questões realmente importantes para compreender os conhecimentos sobre a temática na sua globalidade. Enquanto enfermeira de família, sobretudo nas consultas de saúde juvenil, tenho um papel fundamental na abordagem desta área, pois muitas das vezes é no contexto da consulta que sou o elo entre os pais e os filhos para esclarecer as dúvidas e orientar com informação adequada. Perante os resultados do estudo, ficou evidente que quando há bons níveis de conhecimento sobre sexualidade, o contributo do enfermeiro é determinante, pois é nas consultas que se criam oportunidades para educar, informar e preparar os jovens para o futuro.

Todo este percurso foi fundamental para a consolidação das competências de enfermagem, no âmbito da saúde familiar, no qual houve um desenvolvimento profissional contínuo e a aplicação prática do conhecimento teórico. A experiência, as dificuldades enfrentadas e as soluções encontradas contribuirão significativamente para a minha prática futura, melhorando a minha capacidade para prestar cuidados de qualidade e personalizados às famílias e aos seus elementos.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2008). *Missão para os cuidados de saúde primários*. Ministério da Saúde. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/UCSP_TEXTO.pdf
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios Familiares*. (3º ed.). Quarteto editora.
- Almeida, A. & Centa, M. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: Implicações para a enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, 22 (1). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100012>
- Alvarenga, M. (2016). Humanização nos cuidados de saúde. Saúde um bem social: como promovem os enfermeiros, na prática clínica, os direitos humanos? *Revista Servir*, 59 (2), 45-47. <https://doi.org/10.48492/servir022.23690>
- Barreira, I., Rodrigues, V. & Antunes, M. (2015). Cultura organizacional da família como preditor das atitudes e comportamentos sexuais em adolescentes. *Referência - Revista de Enfermagem*, IV (6), pp. 17-25. [dx.doi.org/10.12707/RIV14083](https://doi.org/10.12707/RIV14083)
- Canijo, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). Novos tipos de família - plano de cuidados. *Imprensa da Universidade de Coimbra*. DOI:10.14195/978-989-26-0196-0
- Carlos, A.; Pires, A.; Cabrita, T.; Alves, H.; Araújo, C. & Bentes, M. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2 (25), 183- 194. <https://scielo.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a02.pdf>
- Carvalho, C. (2017). *Educação sexual no contexto escolar e familiar: o contributo de variáveis pessoais, relacionais e educacionais para a compreensão das vivências sexuais dos jovens*. [Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade em Psicologia da Educação, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/90528>
- Cerveira, C. (2015). *Funcionamento das famílias – Perceção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos]. Repositório ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/486>.
- Coelho, M. (2023). *Interações familiares em famílias com adolescentes*. [Relatório Final de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://web.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&clear=1>

- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Edições Almedina, S.A.
- Cruz, M. (2021). *O funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório científico do IPG. https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/5357/1/E%20Com_%20Marlene%20F%20F%20da%20Cruz.pdf
- Deodato, S. (2015). Ordem dos Enfermeiros. *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Dias, S. (2005). *Contribuição para o conhecimento dos comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/6592/1/Tese%20de%20Doutoramento%20Sónia%20M.%20F.%20Dias.pdf>
- Fernandes, C. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem - aprendendo com o "family nursing game"*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81243/2/33839.pdf>
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M.J., Paiva, M., & Figueiredo M.H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. doi.org/10.37914/riis.v3i2.84
- Ferreira, M., Figueiredo, M., Guedes, V., Marques, A., Lopes, A., Moreira, A., Santos, M., Lopes, M., Gomes, T. & Peixoto, M. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77-91. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/2a765514-f370-45d3-b9f7-5b0f27112ee8>
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22. https://www.researchgate.net/publication/231562389_Ciclo_vital_da_familia_e_envelhecimento_contextos_e_desafios.
- Flick, U. (2019). *An Introduction to Qualitative Research*. (6ªed.). *SAGE Publications*. https://books.google.pt/books?id=PQRdBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (5.ª ed.). Lusociência.
- Freitas, D. & Fiame, E. (2021). A importância da participação ativa da família no processo ensino e aprendizagem. *Observatório científico*. DOI: 10.13140/RG.2.2.25505.33120.
- Guardado, S. (2015). *Conciliação Trabalho - Família, Ciclo de Vida Familiar e Parentalidade: Um estudo exploratório*. [Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório Digital da UBI. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/5575>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Henriques, C. & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- INSA. (2024). *Relatório Infecção por VIH em Portugal – 2023*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-por-vih-em-portugal-2023>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Estatística Demográfica 2023*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439488367&PUBLICACOESmodo=2
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. & Leal, I. (2014). Educação Sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação em escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2). <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150203>
- Município de Abrantes. (s.d.). <http://cm-abrantes.pt/index.php/component/content/article/112-municipio/territorio/260-caracterizacao-do-concelho>
- Neves, S. (2015). *Funcionamento familiar e autoconceito do adolescente – Perceção de pais e filhos*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos]. Repositório ISMT. <https://>

<https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/7868b84c-1a24-426c-b1ec-7ccf526b1774/content>

Neves, C. (2024). *Coesão e Adaptação de Famílias com Filhos Adolescentes*. [Relatório Final de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://web.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&clear=1>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (24 de janeiro de 2015). Core dos indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (10 de março 2023). Tomada de posição n.º 01/2023. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2024). *Gravidez na adolescência*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Pereira, A. (2018). *Perceção do funcionamento familiar, suporte social e autoconceito. Estudo com adolescentes e suas famílias*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos]. Repositório ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/fabbe88f-8a6b-43e6-863e-dfedae4466e/content>

Pereira, R. (2021). *Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas*. Teoria e Prática de Enfermagem, da atenção básica alta complexidade. Capítulo 1, 15-35. DOI: 10.37885/210303903. repositorio.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%20ADtulo_EC_PBE_publicado.pdf

PORDATA. (2023). *Dados sobre fecundidade e nascimentos em Portugal*. <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/nascimentos+e+fecundidade-31>

PORDATA. (2024). *CENSOS 2021 - Estatística sobre Portugal e Europa*. INE, Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/home>

- Público. (2023, 9 de agosto). *Gravidezes adolescentes aumentaram 6,4% em 2022*. <https://www.publico.pt/2023/08/09/sociedade/noticia/gravidezes-adolescentes-aumentaram-64-2022-2059697>
- Rebelo, L. (2018). *A família em medicina geral e familiar conceitos e práticas*. LeYa. https://www.google.pt/books/edition/A_Família_em_Medicina_Geral_e_Familiar/oINRDwAAQBAJ?hl=ptPT&gbpv=1&dq=A+família+em+medicina+geral+e+familiar+conceitos+e+práticas&printsec=frontcover
- Regulamento n.º 74/2006 de 24 de março. (2006). Diário da República: I série A, nº 60. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República*: 2.ª série, n.º 124, 17384 – 17391. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República*: 2.ª série, n.º 135, 19354-19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República*: 2.ª série, n. 26, 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República*: 2ª Série n.º 184/2019, 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 99-113. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2122/1/sexo.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10). 125-133 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>
- Sequeira, J., Vicente, H., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M., Neves, S., Santo, H. & Guadalupe, S. (2021). Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – Versão IV (FACES

- IV): Estudo de Validação na População Portuguesa. *Journal of Child and Family Studies*, 30. 1650–1663. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01941-3>
- Silva, M. (2015). *VALIDAÇÃO DA FACES IV: O Funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo Vital*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos]. Repositório ISMT. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/95182472-6f79-484b-a99f-c3925171dc00/content>
- Silva, M. (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84294>
- Simões, C. (2010). Adolescentes e Comportamentos de Saúde. *Alicerces*, 3. 223-241. <http://repositorio.ipl.pt>
- Simões, M. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. [Tese de doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6812#:~:text=Simões%2C%20Maria%20Celeste%20%282005%29%20%20Comportamentos%20de%20risco,quotidiano%20e%20do%20seu%20percurso%20de%20desajustamento%20social>.
- Sistema Nacional de Saúde (SNS). (2024). *Bilhete de Identidade – Cuidados Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140100/Pages/default.aspx>
- Shi, Y., Liu, R., Yu, H., Fu, Z. & Guo, W. (2022). Sexual debut among college students in China: effects of family contexto. *Journal of Biosocial Science*, 54: 6. 1004–1023 doi:10.1017/S0021932021000523
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. (3ªed.). Edições Sílabo.