



**e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra**

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho

Coimbra, setembro de 2023



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Interações familiares em famílias com adolescentes

Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho

Orientadora: Professora Doutora Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, setembro de 2023

“E os filhos são como navios...

*A maior segurança para os navios
pode estar no porto, mas eles foram
construídos para singrar os mares”.*

(Içami Tiba)

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta caminhada e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Sílvia Silva, minha orientadora, pela competência científica e acompanhamento, pela disponibilidade revelada ao longo deste percurso, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À Professora Doutora Margarida Silva, minha coorientadora, pela competência científica e orientação prestada, pela disponibilidade sempre manifestada, pelas palavras de incentivo e pelo conhecimento transmitido ao longo do curso de Mestrado.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, minha orientadora cooperante na Unidade de Saúde Familiar 1, pela partilha do saber, disponibilidade e pelo seu contributo imprescindível na área da enfermagem de saúde familiar.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, minha orientadora cooperante na Unidade de Saúde Familiar 2, pela partilha, disponibilidade e motivação.

Às equipas multidisciplinares de ambas as Unidades de Saúde Familiar, pelo acolhimento, carinho e boa disposição ao longo dos estágios.

Aos amigos e colegas, em especial às colegas do curso de Mestrado pela interajuda, partilha de conhecimentos e companheirismo ao longo deste percurso académico e que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração do presente relatório.

A todas as famílias que me proporcionaram a realização deste trabalho, pela sua disponibilidade e generosidade por partilhar comigo um pouco de si.

E por fim, e não menos importante, um agradecimento especial à minha família, a quem foram retiradas muitas horas da minha presença, que me apoiaram incondicionalmente e me incentivaram a continuar.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

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

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP - Desvio Padrão

DGS - Direção Geral da Saúde

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

EE - Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF - Enfermeiro de Família

HBSC - *Health Behaviour in School-Aged Children*

IDG - Índice de Desempenho Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

IBM - *International Business Machines*

INSIF-CSP - Núcleo de Intervenção Sistémica e Familiar em Cuidados de Saúde Primários

nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

pp. – Páginas

PPC - Papel de Prestador de Cuidados

PF - Planeamento Familiar

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

RNU - Registo Nacional de Utentes

Reg. - Regulamento

SI - Saúde Infantil

SJ - Saúde Juvenil

SM - Saúde Materna

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SI - Sistema de Informação

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UC - Unidade Curricular

UR - Unidade de Registo

USF - Unidade de Saúde Familiar

ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR - *Adaptability, Partnership, Growth, Affection e Resolve*

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FACES II - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scalle II*

IFNA - *International Family Nursing Association*

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SINUS - Sistema Informação para as Unidades de Saúde

UICISA: E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

RESUMO

A área de enfermagem de saúde familiar pretende dar resposta às necessidades em saúde das famílias, tendo em conta as exigências e especificidades do seu desenvolvimento ao longo do ciclo vital e nas suas transições. As famílias com adolescentes encontram-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, com repercussões no quotidiano das famílias e que requer uma reestruturação da dinâmica familiar, com a reformulação de papéis por parte dos seus membros e consequente ajuste nas relações intrafamiliares.

Objetivos: Evidenciar as competências comuns e específicas adquiridas na área de enfermagem de saúde familiar durante as atividades clínicas e apresentar um estudo de investigação que emergiu da prática clínica, relativamente às necessidades das famílias com adolescentes, no que concerne às suas relações e interações entre os membros da família.

Metodologia: Na atividade clínica foram descritas as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados às famílias; na atividade de investigação foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo, predominantemente quantitativo. A população acessível foi constituída por 50 famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos inscritas numa Unidade de Saúde Familiar que cumpriram os critérios de inclusão. A recolha de dados foi realizada através de entrevista com suporte num questionário baseado na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar com duas questões de resposta aberta dirigidas à família e aplicação de instrumentos de avaliação familiar (Graffar, *FACES II* e Apgar Familiar).

Resultados: O recurso a referenciais teóricos e operativos foi essencial permitindo identificar com as famílias os seus pontos fortes e as suas necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem; os resultados do estudo empírico evidenciaram a Relação Dinâmica e o *Coping* Familiar como as áreas de atenção com maior potencialidade e a Comunicação Familiar como área com maior fragilidade. Na perceção das famílias possuem mais aspetos facilitadores do que dificuldades na interação entre os seus membros, destacando-se o padrão de interação como o aspeto facilitador mais identificado e a comunicação circular como a dificuldade mais referida.

Conclusão: As atividades clínicas possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar; a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem nas famílias com adolescentes a nível do funcionamento familiar (comunicação, fragilidades/fraquezas e padrão de interação), poderá contribuir para a implementação de melhores práticas na área da enfermagem de saúde familiar.

Palavras-Chave: Relações Familiares; Família; Adolescente; Enfermagem Familiar.

ABSTRACT

The area of family health nursing aims to respond to the health needs of families, taking into account the demands and specificities of their development throughout the life cycle and its transitions. Families with adolescents are experiencing a developmental transition, with repercussions on those families' daily lives and which requires a restructuring of family dynamics, with the reformulation of roles by its members and consequent adjustment in intra-family relationships.

Objectives: To highlight the common and specific competencies acquired in the area of family health nursing during clinical activities and to present a research study that emerged from clinical practice, regarding the needs of families with adolescents, in terms of their relationships and the interactions between family members.

Methodology: In the clinical activity, the activities carried out to acquire and develop skills in providing specialized care to families were described; in the research activity, a cross-sectional, descriptive, predominantly quantitative study was carried out. The target population was made up of 50 families with adolescents aged between 10 and 13 enrolled in a Family Health Unit that met the inclusion criteria. Data was collected by means of an interview supported by a questionnaire based on the operating matrix of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention with two open-ended questions addressed to the family and the application of family assessment instruments (Graffar, *FACES II* and Family Apgar).

Results: The use of theoretical and operative references was essential, allowing us to identify with the families their strengths and the needs that are sensitive to nursing care; the results of the empirical study highlighted Dynamic Relationships and Family Coping as the areas of attention with the greatest potential and Family Communication as the area with the greatest weakness. Within the perception of the families, there are more facilitating aspects than difficulties in the interaction between their members, with the interaction pattern standing out as the most identified facilitating aspect and circular communication as the most mentioned difficulty.

Conclusion: The clinical activities enabled the development of common and specific skills inherent to the Community Health Nursing Specialist - Family Health Nursing area; the identification of nursing care needs in families with adolescents in terms of family functioning (communication, weaknesses and interaction pattern), could contribute to the implementation of best practices in the area of family health nursing.

Keywords: Family Relationships; Family; Adolescent; Family Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico	36
Figura 2 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao ciclo vital segundo Duvall baseado na recolha de dados do SI SClínico	38
Figura 3 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante).....	39
Figura 4 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)...	40
Figura 5 – Caracterização do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família	43
Figura 6 - Caracterização do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall	44
Figura 7 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico	46
Figura 8 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall	47
Figura 9 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)	48
Figura 10 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)	48
Figura 11 - Diagrama das áreas de atenção por dimensão avaliativa	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes inscritos no fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 segundo o grupo etário e sexo	35
Tabela 2 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico	36
Tabela 3 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao ciclo vital segundo Duvall baseado na recolha de dados do SI SClínico	38
Tabela 4 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante).....	39
Tabela 5 – Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante).....	40
Tabela 6 – Caracterização do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família	43
Tabela 7 – Caracterização do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall	44
Tabela 8 - Caracterização dos adolescentes inscritos no fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 segundo o grupo etário e sexo	45
Tabela 9 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico	46
Tabela 10 - Caracterização das famílias com adolescentes do fichero da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall	46
Tabela 11 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)	47

Tabela 12 – Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante).....	48
Tabela 13 - Diagnósticos de Enfermagem por dimensão e área de atenção das famílias avaliadas	58
Tabela 14 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF	62
Tabela 15 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF	64
Tabela 16 - Taxa de avaliação familiar na dimensão Funcional na área de atenção Papel de Prestador de Cuidados (PPC) segundo a matriz operativa do MDAIF	65
Tabela 17 - Taxa de avaliação familiar na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a matriz operativa do MDAIF	66
Tabela 18 - Taxa de prevalência na dimensão Estrutural na área de atenção Animal Doméstico	67
Tabela 19 - Taxas de prevalência na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF	69
Tabela 20 - Taxas de prevalência na dimensão Funcional por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF	71
Tabela 21 - Indicadores de resultado com modificações positivas no estado dos diagnósticos (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF	75
Tabela 22 - Indicador de resultado com modificação positiva no estado do diagnóstico (Ganhos em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção PPC segundo a matriz operativa do MDAIF	75
Tabela 23 - Scores da escala <i>FACES II</i> quanto à coesão, adaptabilidade e tipo de família.....	89
Tabela 24 - Caracterização da população quanto à configuração familiar.....	93

Tabela 25 - Caracterização dos elementos do agregado familiar quanto à idade (grupo etário).....	94
Tabela 26 - Caracterização dos elementos parentais quanto às habilitações literárias.....	94
Tabela 27 - Caracterização dos elementos parentais quanto à profissão.....	95
Tabela 28 – Caracterização das famílias segundo a classe social (Graffar adaptado).....	95
Tabela 29 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Comunicação Familiar nas suas categorias avaliativas.....	99
Tabela 30 - Caracterização das famílias quanto à dimensão <i>Coping</i> Familiar nas suas categorias avaliativas.....	101
Tabela 31 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Interação de Papéis Familiares nas categorias avaliativas papel provedor, papel gestão financeira e papel cuidado doméstico.....	103
Tabela 32 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Interação de Papéis Familiares nas categorias avaliativas papel recreativo e papel de parente.....	104
Tabela 33 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Relação Dinâmica nas suas categorias avaliativas.....	106
Tabela 34 - Análise descritiva das perceções dos membros sobre a funcionalidade da família, segundo o Apgar Familiar de <i>Smilkstein</i>	108
Tabela 35 - Análise descritiva das perceções dos membros das famílias sobre o funcionamento familiar, quanto à coesão, adaptabilidade e tipo família de acordo com a escala <i>FACES II</i>	110
Tabela 36 – Distribuição das unidades de registo (UR) por categorias e subcategorias baseadas no MDAIF relativas à perceção das famílias sobre os aspetos facilitadores na interação com os seus membros.....	116

Tabela 37 – Distribuição das unidades de registo (UR) por categorias e subcategorias baseadas no MDAIF relativas à perceção das famílias sobre os aspetos dificultadores na interação com os seus membros.....119

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
CAPÍTULO I - ATIVIDADE DE ÂMBITO CLÍNICO.....	31
1 - CONTEXTOS CLÍNICOS.....	31
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR 1.....	31
1.1.1 - Caracterização das famílias com adolescentes de uma equipa de saúde familiar	34
1.2 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR 2.....	40
1.2.1 -Caracterização do ficheiro de uma equipa de saúde familiar.....	42
1.2.2 - Caracterização das famílias com adolescentes de uma equipa de saúde familiar.....	44
2 - ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	49
2.1 - A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS.....	49
2.1.1 - Avaliação e Intervenção Familiar	56
2.2 – OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA.....	79
CAPÍTULO II - ATIVIDADE NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO.....	81
1 - JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA.....	81
2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	85
2.1 - TIPO E DESENHO DO ESTUDO.....	85
2.2 – POPULAÇÃO.....	86
2.3 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	87
2.4 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....	90
2.5 - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	91
3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO.....	93
3.2 - AVALIAÇÃO FAMILIAR NA DIMENSÃO FUNCIONAL - ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR.....	96
3.2.1 - Comunicação Familiar.....	97
3.2.2 - Coping Familiar.....	100
3.2.3 - Papéis Familiares.....	102

3.2.4 - Relação Dinâmica.....	105
3.3 - PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS SOBRE OS ASPETOS FACILITADORES E DIFICULDADES SENTIDAS NA INTERAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA.....	113
3.3.1 - Aspectos facilitadores na interação entre os membros da família.....	114
3.3.2 - Dificuldades sentidas na interação entre os membros da família.....	117
3.4 - SINTESE GERAL DOS RESULTADOS DO ESTUDO.....	120
4 - OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO.....	123
CONCLUSÃO.....	125
BIBLIOGRAFIA	129

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)

APÊNDICE II – Autorização do Coordenador da USF 2

APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

APÊNDICE IV – Parecer da Comissão de Ética da ARSCentro e autorização para acesso aos dados dos processos familiares dos utentes

APÊNDICE V – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em Estudo de Investigação

APÊNDICE VI – Autorização da Professora Doutora Otilia Fernandes para a utilização da escala *FACES II* adaptada à população portuguesa

ANEXOS

ANEXO 1 – Mapa da Região de Aveiro

ANEXO 2 – Mapa da reorganização do território das freguesias do Município de Aveiro

ANEXO 3 – Caracterização dos utentes inscritos na USF 1

ANEXO 4 – Mapa da região de Coimbra

ANEXO 5 – Mapa das Freguesias do Município de Coimbra

ANEXO 6 – Caracterização dos utentes inscritos na USF 2

ANEXO 7 – Certificados de apresentação do Projeto de Melhoria Contínua: “Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário”

ANEXO 8 – Certificado de participação no XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como Fatores Protetores da Saúde Familiar

ANEXO 9 – Certificado de participação no 1º Encontro de Terapia Familiar e Intervenção Sistémica nos Cuidados de Saúde Primários

ANEXO 10 – Certificado de participação no 1º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, ACeS Maia/Valongo

ANEXO 11 – Certificado de participação no Seminário “Família como Unidade de Cuidados. Transições ao longo da vida”

ANEXO 12 - Escala de Graffar

ANEXO 13 – Escala Apgar Familiar de *Smilkstein*

ANEXO 14 – Escala *FACES II*

ANEXO 15 – Certificado de apresentação de comunicação em poster: “Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição para a Parentalidade: Revisão Integrativa”

ANEXO 16 – Certificado de apresentação de comunicação oral: “Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição para a Parentalidade: Revisão Integrativa”

ANEXO 17 – Certificado de apresentação de comunicação oral do projeto de investigação “Interações familiares em famílias com adolescentes”

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório inserida no plano de estudos do 2ºano 3ºsemestre do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária- Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o relatório final da componente clínica do ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem, com vista à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) é um documento “que visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do Estágio, acompanhado por uma reflexão teórica e interpretação crítica(...), sustentado num pensamento teórico de Enfermagem, evidenciando (...) o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do EE”[OE, 2021, página (p.)4]. A elaboração deste relatório final, é transversal aos dois estágios realizados no âmbito da UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar que decorreu durante 12 semanas num total de 405 horas, e UC Estágio com Relatório que decorreu durante 20 semanas com um total de 810 horas [Despacho número (nº) 8135/2021], cuja atividade clínica integra as aprendizagens desenvolvidas em duas Unidades de Saúde Familiares (USF).

De acordo com o plano de estudos foram delineados objetivos descritos nos Guias Orientadores das UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar (2022) e Estágio com Relatório (2022). Estes objetivos têm por base a aquisição de competências comuns de enfermagem especializada nomeadamente: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da qualidade”; da “Gestão de cuidados”; e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” [Regulamento (Reg.) nº140/2019, p. 4745], e de competências específicas especializadas em enfermagem de saúde familiar: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” [Reg. nº 428/2018, páginas (pp.) 19357-19358].

Atendendo a uma metodologia descritiva, proceder-se-á a uma análise sobre o efeito de toda esta experiência no processo contínuo de aprendizagem pessoal e profissional explanando de forma sistematizada, uma análise critico-reflexiva das competências

desenvolvidas ao longo da atividade clínica, assim como também das atividades de investigação realizadas ao longo do estágio na componente de Investigação em Enfermagem. Este constitui-se como documento formal, fazendo parte da avaliação da respetiva UC e baseia-se numa descrição das competências adquiridas, dos objetivos definidos para a prática clínica e das atividades realizadas de modo a fazê-las cumprir, da mobilização de conhecimentos teóricos que as situações práticas exigiram e da reflexão sobre os momentos de aprendizagem ao longo deste percurso. A realização deste relatório, pretende demonstrar a consolidação de conhecimentos, a interligação entre a teoria e a prática e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área da saúde familiar. O conhecimento teórico e desenvolvimento de competências é deveras importante, por forma a ser possível a identificação de áreas de atenção e diagnósticos, e posteriormente a implementação de intervenções adequadas, tendo como objetivos ganhos em saúde, quer para o utente, quer para a família, trabalhando sempre em parceria colaborativa. Durante este período de formação, houve necessidade constante de aprofundamento, atualização e aquisição de conhecimentos, pelo que a pesquisa científica e os momentos de reflexão com as enfermeiras orientadoras cooperantes, a professora orientadora e a professora coorientadora foram contínuos.

A família é considerada um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e proteção dos seus membros, proporcionando suporte material e afetivo, necessários ao seu desenvolvimento e bem-estar. Ela é, por si só, um sistema dinâmico de interação, onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento se processam. Para tal, precisa de ser acompanhada de forma a suprir necessidades, e poder estar apta para enfrentar problemas relacionados com a saúde individual e/ou do sistema familiar. A família é assim considerada, um sistema aberto que se adapta às diferentes exigências das diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento, bem como às mudanças das solicitações sociais com a finalidade de assegurar continuidade e crescimento psicossocial aos membros que a compõem (Relvas, 2006).

Segundo Wright e Leahey (2012), o cuidado centrado na família é parte integrante da prática de enfermagem, pois a evidência teórica, prática e de investigação, demonstra o significado da família no bem-estar dos seus membros, bem como a influência sobre a doença. A mobilização dos diferentes conhecimentos, permitirá a adoção de intervenções específicas e eficazes junto das famílias com necessidades muito próprias (Hanson, 2005). A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), é assim, facilitadora da promoção do

bem-estar e saúde familiares, tendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) um papel relevante no acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital. Considerando a família como unidade de cuidados, o EEESF deve conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas e situacionais próprias dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital (Reg. nº 367/2015).

Os acontecimentos de vida transicionais, pelos fenómenos de mudança e adaptação que envolvem, são em grande parte responsáveis por esse processo, a que os poderá expor, a situações de vulnerabilidade em saúde. Durante os processos de transição, as famílias tendem a ficar mais suscetíveis aos riscos, e esse facto pode afetar a saúde e bem-estar familiar, pela qual são considerados uma área importante para a ESF.

Uma destas fases de transição é a adolescência, capaz de trazer grandes alterações no seio das famílias. A adolescência é uma fase da vida com especificidade que lhe confere a necessidade de uma atenção particular, este facto advém de um conjunto de mudanças, característica desta fase da vida. Segundo Fonseca (2012), o adolescente vive um processo de transição entre a infância e a idade adulta e entre a dependência dos pais e a gradual autonomia. As famílias desenvolvem assim, padrões de interação que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, tendo em conta a forma como a família se adapta às transições de saúde dos seus membros, podendo fortalecer ou debilitar a saúde familiar (Figueiredo, 2009).

Tendo em conta as necessidades de saúde em cuidados de enfermagem identificadas no primeiro contexto clínico aquando da avaliação familiar nas suas dimensões de avaliação, assim como as necessidades percebidas ao longo dos estágios no que se refere à ausência ou pouca atividade diagnóstica registada referente à área de atenção familiar Processo Familiar, foi desenvolvido um estudo de investigação com o tema: “Interações familiares em famílias com adolescentes”. Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados às famílias com adolescentes, torna-se fundamental, perceber os padrões de interação existentes entre os seus membros de modo a identificar necessidades de mudança a nível do funcionamento familiar, e desta forma, promover uma adequada transição para a adolescência, potencializando as competências das famílias na gestão dos seus processos de saúde, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde familiar. Reforçando assim, e de acordo com Figueiredo (2012), a importância do EEESF em conhecer e compreender as interações familiares a partir das relações entre os membros da família, a sua estrutura

e dinâmica, fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde dos seus membros.

O relatório encontra-se estruturado em dois capítulos.

Capítulo I – Atividade de Âmbito Clínico dividida em dois subcapítulos: 1º subcapítulo denominado contextos clínicos, onde será feita uma abordagem breve sobre a caracterização dos contextos clínicos onde foi realizada a prática clínica especializada; no 2º subcapítulo, análise e descrição das atividades e das competências desenvolvidas, onde será efetuada uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do EE e competências específicas do EEESF desenvolvidas e adquiridas ao longo dos estágios.

Capítulo II – Atividade no Âmbito da Investigação, onde se expõe o processo de investigação utilizado para o estudo, dividido em quatro subcapítulos: no 1º subcapítulo, a justificação e o enquadramento do problema, onde se expõe a pertinência do mesmo e a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica relevante para a compreensão do tema em estudo; no 2º subcapítulo, os procedimentos metodológicos, onde se apresenta a tipologia do estudo, objetivos, questão de investigação, população e instrumentos de recolha de dados, considerações formais e éticas e tratamento e análise dos dados; no 3º subcapítulo, a apresentação e discussão dos resultados, onde se exibem os resultados do estudo acompanhados de uma descrição e discussão dos mesmos, onde são expostos os dados obtidos estabelecendo associações e semelhanças com os conhecimentos e referências pesquisadas no decorrer da revisão bibliográfica; e no 4º capítulo encontram-se outras atividades de investigação. Por último, são apresentadas as principais conclusões que emergiram com a elaboração deste relatório, refletindo sobre as competências desenvolvidas, as dificuldades e limitações identificadas, as implicações para a prática clínica na área da saúde familiar, bem como sugestões para futuras investigações.

No que concerne à organização, o trabalho foi estruturado de acordo com as normas do Guia de Realização de Trabalhos Escritos da ESEnfC (Conselho Pedagógico, 2016) e segundo o Guia Orientador Estágio com Relatório (ESEnfC, 2022).

CAPÍTULO I - ATIVIDADE DE ÂMBITO CLÍNICO

Pretende-se neste capítulo descrever e analisar o percurso de aprendizagem efetuado ao longo das UC Prática Clínica e Estágio com Relatório, caracterizando os contextos da prática clínica especializada e refletir criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do EEESF.

1 - CONTEXTOS CLÍNICOS

Ao longo do curso, os conteúdos programáticos abordados incidiram na aquisição de competências comuns de enfermagem especializada (Reg. nº140/2019) e competências especializadas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (Reg. nº428/2018) o que levou ao desenvolvimento das práticas clínicas em USF ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sendo nestas unidades que o enfermeiro encontra um contexto de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto).

Neste subcapítulo, pretende-se caracterizar os dois contextos clínicos que integraram o processo de aprendizagem da prática especializada de uma forma sucinta com foco nas suas especificidades, realizados em duas USF da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC), designadas por ordem cronológica em USF 1 e USF 2, tendo por base o princípio da confidencialidade, de modo a preservar o anonimato das instituições.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR 1

A UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar realizada na USF 1, foi desenvolvida durante 12 semanas num total de 405 horas. Este período de aprendizagem foi realizado sob supervisão e orientação tutorial de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar da própria USF.

A USF 1 encontra-se localizada no município de Aveiro. É uma unidade elementar que presta cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais pertencendo à ARSC (conforme regulamento interno da USF 1 ocultada

devido à proteção de dados). Iniciou atividade como USF Modelo A, transitando para Modelo B em 2015, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, sendo que a perspectiva da promoção da saúde, é assente num compromisso de qualidade, de confiança e de eficiência, geradora de ganhos em saúde para a população abrangida [Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2022].

Foi também atribuída a Certificação de nível “Bom”, pelo Comité de Certificação do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS) em 2021, passando a ser uma USF acreditada (conforme manual de acolhimento da USF 1 ocultada devido à proteção de dados).

Esta unidade disponibiliza a sua carteira básica de serviços a todos os inscritos na área geográfica do município de Aveiro, disponibilizando ainda o atendimento a utentes esporádicos, desde que estes sejam familiares de utentes inscritos na USF e a residir temporariamente no mesmo agregado familiar. O horário de funcionamento e de cobertura assistencial é das 8h às 20h, todos os dias úteis (conforme regulamento interno da USF 1 ocultada devido à proteção de dados).

No sentido de avaliar o desempenho das USF no cumprimento da sua missão, é anualmente aferido o Índice de Desempenho Global (IDG), através de um conjunto alargado de indicadores que abrangem várias áreas como o acesso, o desempenho assistencial e a eficiência. Em dezembro de 2021, a USF 1 apresenta um valor de IDG de 86, sendo das USF Modelo B existentes no mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), a unidade com melhor resultado (SNS, 2022).

O município de Aveiro abrange uma área geográfica de 197,58 km², com uma população residente de 80954 indivíduos (38442 do sexo masculino e 42512 do sexo feminino). Em relação ao grupo etário, destaca-se a baixa natalidade e a elevada esperança média de vida, o que traduz um significativo envelhecimento da população. O grupo etário com maior expressividade é o dos 25 aos 64 anos, apontando para uma população ativa significativa. Relativamente ao número de famílias, em 2021, existiam 32969 famílias, mais 1827 que em 2011 (Pordata, 2021).

Como limites territoriais (Anexo 1), o município de Aveiro tem a Norte o município da Murtosa, a Nordeste o município de Albergaria-a-Velha, a Leste o município de Águeda, a Sul o município de Oliveira do Bairro, a Sudeste os municípios de Vagos e Ílhavo, e a

Oeste o Oceano Atlântico. Aveiro enquanto concelho está subdividido em 10 freguesias (Anexo 2), sendo elas: Aradas; Cacia; Eixo e Eirol; Esgueira; Glória e Vera Cruz; Oliveirinha; Requeixo, Nossa Senhora de Fátima e Nariz; Santa Joana; São Bernardo e São Jacinto.

A freguesia onde se situa a USF 1, encontra-se localizada no município de Aveiro, com uma população residente de 8026 habitantes (3852 do sexo masculino e 4174 do sexo feminino) e 3094 famílias, mais 87 que em 2011 [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021]. Esta inclui uma zona antiga de características rurais, com uma população envelhecida, uma zona habitacional moderna com população jovem e ainda três bairros sociais.

De acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes (RNU) no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), no mês de maio de 2022, a USF 1 tinha 11814 utentes inscritos (Anexo 3), com apenas dois utentes sem médico de família atribuído. Apresenta um índice de dependência total de 54,78%, sendo 31,55% correspondente a cuidados a pessoas idosas, e 23,23% correspondente a cuidados a jovens. A pirâmide etária dos utentes inscritos apresenta-se do tipo regressivo, com uma base estreita relativamente ao topo, o que mostra uma população envelhecida. É uma população predominantemente adulta, com 59,6% do grupo etário dos 20 - 64 anos (n=7047), sendo o grupo etário dos 40 - 49 anos o mais frequente. Observa-se uma homogeneidade no que se refere ao sexo na maioria dos grupos etários, em que 5624 utentes são homens (47,6%) e 6190 utentes são mulheres (52,4%). Verifica-se também que 20,4% (n=2408) dos utentes inscritos têm idade superior a 65 anos; 9,6% (n=1135) são crianças; 10,4% (n=1224) são adolescentes entre os [10-19] anos segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS); e 23,0% (n=2715) são mulheres que se encontram em período fértil (SNS, 2022).

A USF é constituída por uma equipa multiprofissional, formada por 19 elementos. A equipa é formada por 7 médicos, 7 enfermeiras (2 das quais com formação especializada em enfermagem de saúde familiar) e 5 assistentes técnicos, organizados em 7 microequipas, numa filosofia de equipa de saúde familiar, responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde da sua lista de utentes/famílias, nos diferentes programas de saúde ao longo do seu ciclo vital. Também dá resposta a consultas não programadas que permitem o atendimento de situações agudas pelo médico e enfermeira de família, assim como

garante a intersubstituição em situações de ausência ou de impossibilidade de atendimento por parte da sua equipa de saúde. Em relação à estrutura física, esta é composta por 2 salas de espera, 1 gabinete administrativo com balcão de atendimento ao público, 7 gabinetes médicos, 2 gabinetes de saúde infantil, 2 salas de tratamento e 2 salas de enfermagem polivalentes.

A equipa também desenvolve atividade assistencial através de uma carteira adicional de serviços. Esta, através da Consulta de Atendimento Complementar disponibiliza cuidados assistenciais a todos os utentes inscritos, do concelho de Aveiro, ao fim de semana e feriados em regime de rotatividade e na consulta concelhia de desabituação tabágica e de alcoologia (conforme regulamento interno da USF 1 ocultada devido à proteção de dados).

1.1.1 – Caracterização das famílias com adolescentes de uma equipa de saúde familiar

A adolescência, segundo a OMS (2002), compreende o grupo etário entre os 10 e os 19 anos de idade, e divide-se em três etapas ou períodos que são: o início da adolescência (10-13 anos); a adolescência intermédia (14-15 anos) e a adolescência tardia (16-19 anos). De acordo com a população adolescente inscrita na USF 1, a maioria dos utentes do grupo etário 10-19 anos é do sexo masculino, com 618 rapazes e 606 raparigas (Anexo 3). A população adolescente da USF 1 representa assim, 10,4% da população total inscrita (SNS, 2022), evidenciando uma população adolescente superior à existente na população portuguesa (9,7%) de acordo com os dados da Pordata (2022).

Deste modo, procedi à caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante.

Foi realizado o levantamento dos utentes adolescentes nascidos entre 01/01/2003 e 31/12/2012 inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, através do programa Sistemas de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS). Na Tabela 1, são apresentados os resultados relativos à distribuição dos adolescentes quanto ao grupo etário e sexo. Como se pode observar, dos 186 inscritos, verificamos que o grupo etário com maior número de adolescentes, 50,0% (n=93) são do grupo etário [10-14[anos, caracterizado como o início da adolescência e 36,0% (n=67) encontram-se na fase da adolescência tardia, dos [16-19] anos. A maioria (52,7%) são do sexo feminino e 47,3%

são do sexo masculino. No grupo etário dos [10-14[e dos [16-19] anos predominam as raparigas, e no grupo etário dos [14-16[anos predominam os rapazes.

Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 segundo o grupo etário e sexo

Grupo Etário	Sexo		n	%
	Masculino	Feminino		
[10 - 14[	39	54	93	50,0
[14 - 16[	16	10	26	14,0
[16 - 19]	33	34	67	36,0
Total	88	98	186	100
%	47,3	52,7		

Dos 186 adolescentes inscritos no ficheiro e após pesquisa no Sistema Informático (SI) SClínico, verificou-se o agregado familiar de cada um, identificando-se assim, 141 famílias. Uma das famílias foi eliminada do ficheiro, por se verificar um erro administrativo, a adolescente estava inscrita numa equipa de saúde e o seu agregado estava em outra equipa, tendo sido corrigido pela assistente técnica. Sendo assim, o universo de famílias com adolescentes do ficheiro passou a ser de 140 famílias, as quais foram caracterizadas quanto ao tipo de família e ciclo vital.

As famílias podem ter estruturas e funções diferentes, de acordo com os países e culturas onde se inserem, como consequência de opções individuais e de valores sociais e pela influência das tendências sociais e do ambiente exterior. No entanto, a unidade familiar sobrevive como uma unidade social importante em quase todas as sociedades, independentemente do tipo de família (Nogueira, 2003). Nos últimos tempos, com as transformações políticas sociais, económicas e demográficas, as famílias têm sofrido alterações na sua tipologia levando ao aparecimento de novas configurações, sendo exemplo disso a proliferação de famílias monoparentais, dos casais sem filhos, vários tipos de uniões, bem como o aumento do número de pessoas a viverem sós. O tipo de família é uma classificação importante, realizada com o intuito de diferenciar a sua composição e os vínculos entre os seus membros. Figueiredo (2012), reforça esta ideia, na medida em que, “a identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração” (p.74). Para além das famílias constituídas por várias gerações que vivem em comum, estas podem ainda integrar parentes colaterais (famílias extensas, alargadas), as famílias nucleares associadas ao casal com ou sem filhos, as famílias monoparentais, adotivas,

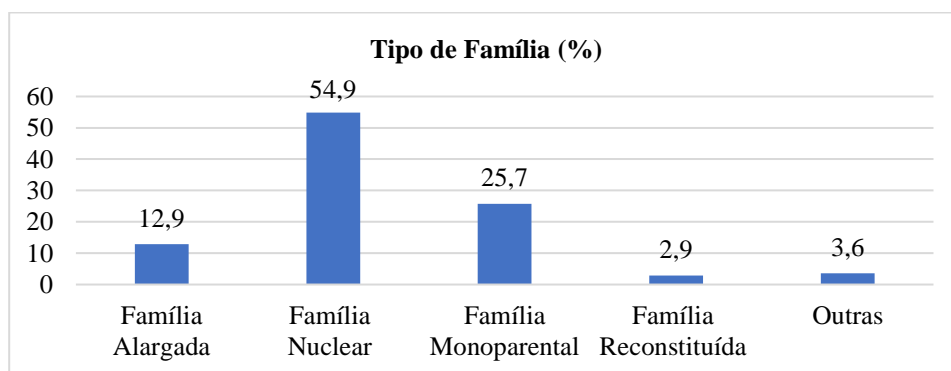
homossexuais, as reconstruídas, de coabitação, famílias unipessoais e comunitárias (Figueiredo, 2009).

Mediante os dados recolhidos através do aplicativo informático (Tabela 2), cuja classificação do tipo de família se encontra parametrizada de acordo com o SClínico na avaliação “Processo Familiar”, verificou-se a existência de 12,9% (n=18) de famílias do tipo alargada (avós no agregado), 54,9% (n=77) de famílias nucleares (pai, mãe e filhos), 25,7% (n=36) de famílias do tipo monoparental (mãe ou pai, com filhos) 2,9% (n=4) reconstituída e 3,6% (n=5) classificadas como outras (tios, primos, outras pessoas no agregado).

Tabela 2 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico

Tipo de Família	n	%
Família Alargada	18	12,9
Família Nuclear	77	54,9
Família Monoparental	36	25,7
Família Reconstituída	4	2,9
Outras	5	3,6
Total	140	100

Figura 1 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico



Quanto às etapas do ciclo vital, são vários os autores que distinguem as diversas etapas do ciclo vital da família, sendo comum nas várias correntes de pensamento a necessidade do cumprimento de tarefas específicas ou de momentos significativos para cada etapa. Duvall (1977), defende que a família atravessa oito estádios caracterizados por uma sequência de etapas ou estádios ordenados e previsíveis no percurso familiar, sendo

estabelecidas tarefas de desenvolvimento específicas, considerando a idade do filho mais velho um importante “marcador” dos estádios caracterizados pela presença dos filhos (Relvas, 2006; Rebelo, 2018). Rebelo (2018) salienta as limitações evidentes deste modelo de percurso familiar dirigido às famílias nucleares de classe média na prática atual na área da saúde familiar (modelo disponível no aplicativo informático), uma vez que este modelo surge nos anos 50, no pós 2ª Grande Guerra, num contexto cultural e socioeconómico muito específico, caracterizado por um grande crescimento económico e uma profunda integração social, traços sem dúvida diferentes das circunstâncias da atualidade.

Segundo Relvas (2006), o ciclo vital da família vai-se ajustando a uma sequência de fases ou etapas, que se iniciam com a formação da família e prosseguem até que esta se desfaça, estando o mesmo relacionado com mudanças na família, enquanto unidade, assim como as mudanças que ocorrem individualmente nos seus membros. As cinco etapas do ciclo vital desenvolvem-se ao longo da vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução, todas elas com tarefas e transições inerentes ao seu desenvolvimento: I- formação do casal; II- família com filhos pequenos; III- família com filhos na escola; IV- família com filhos adolescentes e V- famílias com filhos adultos.

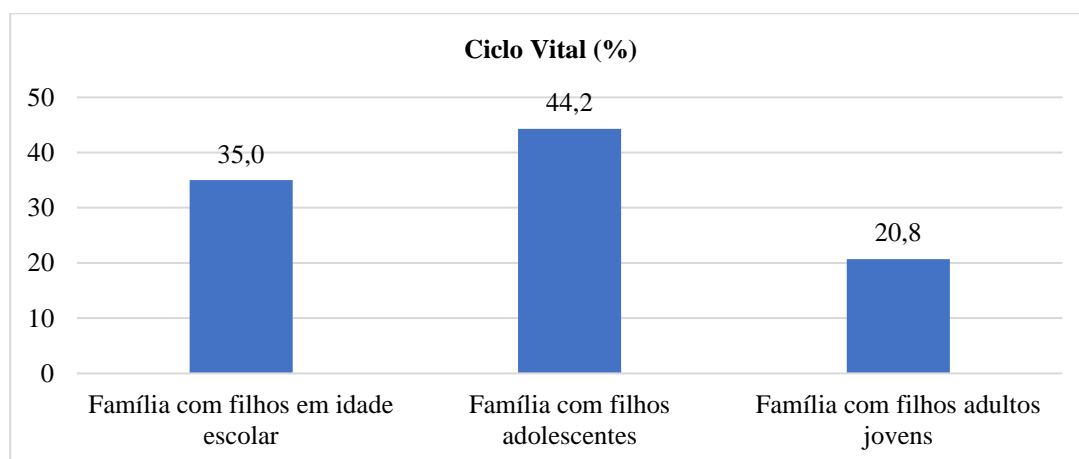
Sendo o modelo de Duvall, o modelo em uso considerado no SClínico, as famílias nucleares são classificadas quanto ao ciclo vital, tendo em conta as seguintes etapas: etapa I - casal sem filhos; etapa II - famílias com filhos até aos 30 meses; etapa III - famílias com filhos em idade pré-escolar; etapa IV - famílias com filhos em idade escolar; etapa V - famílias com filhos adolescentes; etapa VI - famílias com jovens adultos; etapa VII - casais na meia-idade (do ninho vazio até à reforma) e etapa VIII – envelhecimento (desde a reforma até à morte de um ou de ambos os cônjuges) (Duvall, 1977).

Deste modo, foram caracterizadas as famílias com adolescentes do ficheiro quanto ao ciclo vital segundo Duvall (famílias nucleares), de acordo com os dados recolhidos no SClínico: 35,0% (n=27) encontram-se na etapa IV - famílias com filhos em idade escolar; 44,2% (n=34) na etapa V - famílias com filhos adolescentes e 20,8% (n=16) na etapa VI - famílias com filhos adultos jovens (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao ciclo vital segundo Duvall baseado na recolha de dados do SI SClínico

Ciclo Vital	n	%
Família com filhos em idade escolar	27	35,0
Família com filhos adolescentes	34	44,2
Família com filhos adultos jovens	16	20,8
Total	77	100

Figura 2 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 1 quanto ao ciclo vital segundo Duvall baseado na recolha de dados do SI SClínico



Após análise com a enfermeira orientadora cooperante, verificou-se que a caracterização quanto ao tipo de família, baseada nos dados recolhidos no aplicativo informático, não correspondia à realidade das famílias. Constatou-se que, apesar de alguns elementos do agregado familiar se encontrarem no mesmo processo clínico, com a mesma morada, não coabitavam. São exemplo as situações de divórcio, avós que residem em casas diferentes, como também situações de famílias em que alguns elementos não se encontram inscritos na USF 1, apesar de viverem no mesmo agregado. Como se pode verificar, houve uma reclassificação das famílias quanto ao tipo de família (Tabela 4), de modo a espelhar de forma fidedigna a caracterização das famílias com adolescentes, tendo sido um trabalho meramente académico, uma vez que para atualizar no processo familiar as alterações detetadas, é necessário o consentimento por parte das famílias, o que não seria possível devido à limitação do tempo de estágio, sendo consideradas à *posteriori* pela equipa de saúde familiar. Pode-se confirmar que houve uma diminuição de famílias do tipo alargada

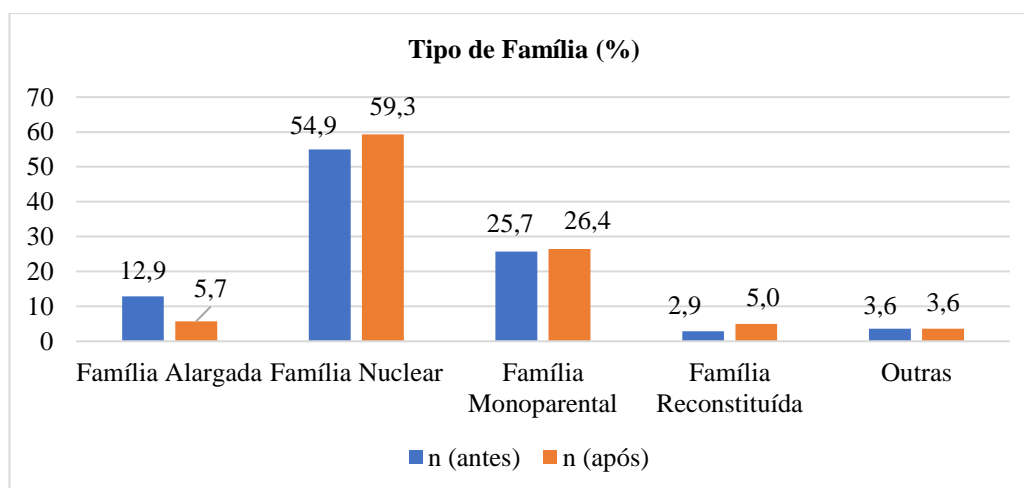
5,7% (n=8) e um aumento das famílias nucleares 59,3% (n=83), monoparentais 26,4% (n=37) e reconstituídas 5,0% (n=7), mantendo-se o número de outras 3,6% (n=5).

Em relação ao tipo de família, a maioria dos adolescentes vivem em famílias nucleares (59,3%) (n=83), 26,4% (n=37) vivem só com a mãe ou com o pai; 5,7% (n=8), vivem em famílias alargadas (com avós); 5,0% (n=7) vivem em famílias reconstituídas e 3,6% (n=5) coabitam com outros membros da família (tios, primos, outros).

Tabela 4 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

Tipo de Família	n (antes)	%	n (após)	%
Família Alargada	18	12,9	8	5,7
Família Nuclear	77	54,9	83	59,3
Família Monoparental	36	25,7	37	26,4
Família Reconstituída	4	2,9	7	5,0
Outras	5	3,6	5	3,6
Total	140	100	140	100

Figura 3 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

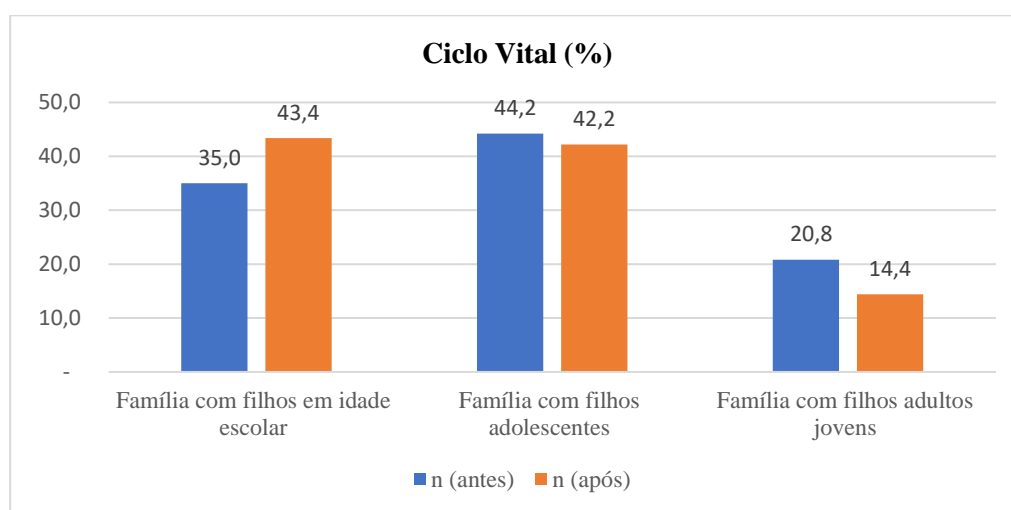


Quanto às etapas do ciclo vital houve também reclassificação das famílias (Tabela 5), com aumento das famílias com filhos em idade escolar (43,4%), e um decréscimo das famílias com filhos adolescentes (42,2%) e com filhos adultos jovens (14,4%).

Tabela 5 – Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

Ciclo Vital	n (antes)	%	n (após)	%
Família com filhos em idade escolar	27	35,0	36	43,4
Família com filhos adolescentes	34	44,2	35	42,2
Família com filhos adultos jovens	16	20,8	12	14,4
Total	77	100	83	100

Figura 4 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 1 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)



1.2 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR 2

A UC Estágio com Relatório foi desenvolvida na USF 2 durante 20 semanas, sob orientação e supervisão da enfermeira orientadora cooperante, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, num total de 810 horas.

A USF 2 encontra-se localizada no município de Coimbra. É uma das unidades funcionais pertencente à ARSC. Trata-se de uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde primários com autonomia organizativa, funcional e técnica que atua em intercooperação com as outras unidades existentes no mesmo local, uma USF e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (conforme regulamento interno da USF 2 ocultada devido à proteção de dados). Iniciou atividade como Modelo A, passando em 2018 a Modelo B, tendo como missão melhorar a eficiência na prestação de cuidados de

saúde à população e proporcionar aos profissionais elevado índice de satisfação (SNS, 2022).

Esta unidade abrange na sua área geográfica duas Uniões de Freguesias, disponibilizando a sua carteira básica de serviços a todos os utentes inscritos. Relativamente aos cuidados de saúde domiciliários, estes são prestados aos utentes/famílias inscritos e a residir dentro da sua área de abrangência. O horário de funcionamento e de cobertura assistencial é das 8h às 20h, todos os dias úteis (conforme regulamento interno da USF 2 ocultada devido à proteção de dados).

No que diz respeito ao IDG, a USF 2 em dezembro de 2021, apresenta um valor de 85,40. Das USF Modelo B existentes no mesmo ACeS, esta apresenta o melhor resultado juntamente com outra USF (SNS, 2022).

O município de Coimbra abrange uma área geográfica de 319,40 Km², com uma população residente de 140816 indivíduos (65451 do sexo masculino e 75365 do sexo feminino). Relativamente ao número de famílias, em 2021 a residir no município, existiam 59987 famílias mais 1886 que em 2011 (Pordata, 2021).

Como limites territoriais (Anexo 4), o município de Coimbra tem a Norte o município da Mealhada, a Leste os municípios de Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a Sul o município de Condeixa-a-Nova, a Oeste o município de Montemor-o-Velho e a Noroeste o município de Cantanhede.

O concelho de Coimbra está subdividido em 18 freguesias (Anexo 5): Almalaguês; Brasfemes; Ceira; Cernache; Santo António dos Olivais; São João do Campo; São Silvestre; Torres do Mondego; Antuzede e Vil de Matos; Assafarge e Antanol; Coimbra; Eiras e S. Paulo de Frades; Santa Clara e Castelo Viegas; São Martinho de Árvore; São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades; Souselas e Botão; Taveiro, Ameal e Arzila; e Trouxemil e Torre de Vilela.

As freguesias onde se situa a USF 2 apresentam uma população residente de 15321 habitantes (7086 do sexo masculino e 8235 do sexo feminino) e 6279 famílias, mais 94 que em 2011 (INE, 2021).

Segundo os dados do RNU no BI-CSP no mês de outubro de 2022, a USF 2 tinha 10084 utentes inscritos (Anexo 6), com apenas dois utentes sem médico de família atribuído. Apresenta um índice de dependência total de 53,15%, dos quais 32,62% correspondem a

cuidados a pessoas idosas, e 20,53% correspondem a cuidados a jovens. A pirâmide etária dos utentes inscritos, à semelhança da USF 1, mostra-se do tipo regressivo, evidenciando assim, uma população envelhecida. Tal como na outra unidade, trata-se também de uma população predominantemente adulta (60,5%), sendo o grupo etário dos 20 - 64 anos o mais prevalente (n=6104), e o grupo etário dos 40 - 49 anos o mais frequente. Observa-se nesta pirâmide etária que 4754 utentes são do sexo masculino (47,1%) e 5330 utentes são do sexo feminino (52,9%). Verifica-se também que 21,3% (n=2148) dos utentes inscritos têm idade superior a 65 anos; 8,4% (n=849) são crianças; 9,7% (n=983) são adolescentes e 23,1% (n=2326) são mulheres em período fértil (15 - 49 anos) (SNS, 2022).

A USF 2 é constituída por uma equipa multiprofissional, formada por 16 elementos. A equipa está organizada em 6 equipas de saúde familiar, constituídas por 6 médicos, 6 enfermeiras (entre as quais 1 enfermeira com formação especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e 1 enfermeira com formação especializada em enfermagem comunitária) e 4 assistentes técnicos. As equipas são responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde da sua lista de utentes/famílias, garantindo a acessibilidade, continuidade e a globalidade dos cuidados de saúde prestados nos diferentes programas de saúde e ao longo do seu ciclo vital. Também dá resposta a consultas não programadas (Consulta Aberta) permitindo o atendimento de situações agudas pelo médico e enfermeira de família, assim como o atendimento em sistema de intersubstituição, em situações de ausência dos profissionais ou de impossibilidade de atendimento por parte da sua equipa de saúde familiar. Relativamente à estrutura física, esta USF é constituída por 1 balcão de atendimento ao público, 1 sala de espera, 1 sala para amamentação (Cantinho da Amamentação), 2 salas de tratamentos, 6 gabinetes médicos, 6 gabinetes de enfermagem e 2 gabinetes polivalentes.

A metodologia de trabalho das enfermeiras de ambos os contextos clínicos, é o método de Enfermeiro de Família (EF). Salienta-se a existência nas duas USF de regulamento interno onde estão descritas as competências de enfermagem e o modelo do EF.

1.2.1 – Caracterização do ficheiro de uma equipa de saúde familiar

Relativamente ao 2º contexto clínico, desenvolvido na USF 2, foi realizada a caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, segundo o tipo de família e ciclo vital. Esta caracterização resultou dos dados recolhidos através do SI

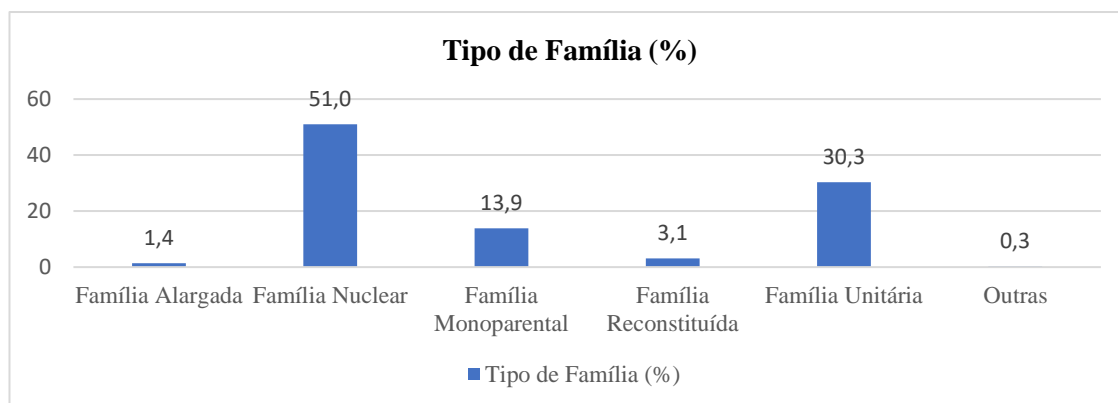
SCLínico. Verificou-se que o ficheiro era composto por 719 famílias, o que mostra que não são cumpridas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Segundo a OE (2019), para efeitos de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem de enfermeiros especialistas em ESF adequada a cada USF de modo a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo, é preconizado um enfermeiro especialista em ESF por 350 famílias (Reg. n.º743/2019), o que não se coaduna com a realidade desta USF. Considera-se por isso, importante a dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências, como parâmetros fundamentais para uma adequada prática de cuidados especializados à família (Reg. n.º743/2019).

Relativamente à tipologia familiar e segundo a classificação parametrizada no aplicativo informático SCLínico (Tabela 6), encontram-se os seguintes tipos de família com a seguinte distribuição: famílias nucleares (367); famílias unitárias (218); monoparentais (100); famílias reconstituídas (22); do tipo alargada (10) e outras (2).

Tabela 6 – Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família

Tipo de Família	n	%
Família Alargada	10	1,4
Família Nuclear	367	51,0
Família Monoparental	100	13,9
Família Reconstituída	22	3,1
Família Unitária	218	30,3
Outras	2	0,3
Total	719	100

Figura 5 – Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família

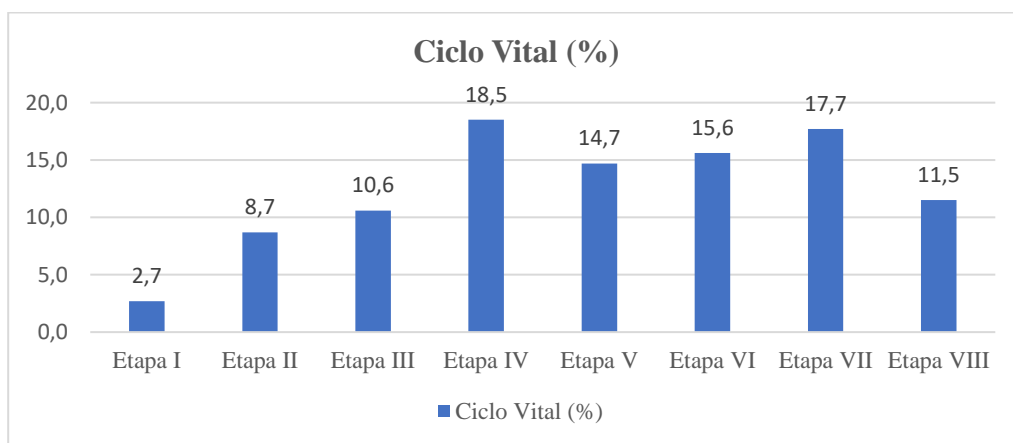


Quanto ao ciclo vital, a classificação parametrizada, como já referido, é baseada no modelo de Duvall sendo aplicável apenas às famílias nucleares (Rebello, 2018). De acordo com os dados recolhidos no SClínico, as famílias encontram-se distribuídas pelas seguintes etapas: etapa I - casal sem filhos (10); etapa II - famílias com filhos até aos 30 meses (32); etapa III - famílias com filhos em idade pré-escolar (39); etapa IV - famílias com filhos em idade escolar (68); etapa V - famílias com filhos adolescentes (54); etapa VI - famílias com filhos adultos jovens (57); etapa VII - casais na meia-idade (65) e por fim (42) na etapa VIII, classificadas como família idosa (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall

Ciclo Vital	n	%
Etapa I	10	2,7
Etapa II	32	8,7
Etapa III	39	10,6
Etapa IV	68	18,5
Etapa V	54	14,7
Etapa VI	57	15,6
Etapa VII	65	17,7
Etapa VIII	42	11,5
Total	367	100

Figura 6 - Caracterização do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall



1.2.2 – Caracterização das famílias com adolescentes de uma equipa de saúde familiar

De acordo com os dados da pirâmide etária dos utentes adolescentes inscritos na USF 2, disponíveis no RNU BI-CSP (Anexo 6), no grupo etário dos 10-19 anos, 523 são do sexo

masculino e 460 são do sexo feminino. A totalidade de adolescentes inscritos representa assim, 9,7% da população total inscrita na USF 2 (SNS, 2022). Valor igual ao dos dados referentes à população adolescente existente a nível nacional segundo dados da Pordata (2022).

De seguida, passo a apresentar a caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante.

Após o levantamento dos adolescentes nascidos entre 01/01/2003 e 31/12/2012, foram encontrados 182 inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, sendo de seguida apresentados os resultados relativos à distribuição da população adolescente quanto ao grupo etário e sexo. Como se pode verificar através da Tabela 8, o grupo etário com maior número de adolescentes à semelhança do que acontece na USF 1, é o grupo etário [10-14[com 48,4% (n=88) encontrando-se 35,7% (n=65) no grupo etário [16-19]. A maioria dos adolescentes são do sexo masculino (53,3%) e 46,7% do sexo feminino. Em todos os grupos etários, ao contrário do que acontece na USF 1, os rapazes encontram-se em maioria.

Tabela 8 - Caracterização dos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 segundo o grupo etário e sexo

Grupo Etário	Sexo		n	%
	Masculino	Feminino		
[10 - 14[	47	41	88	48,4
[14 - 16[	15	14	29	15,9
[16 - 19]	35	30	65	35,7
Total	97	85	182	100
%	53,3	46,7		

Foram verificados os agregados familiares dos 182 adolescentes inscritos, identificando-se 136 famílias. Uma das famílias foi eliminada do ficheiro, por se verificar um erro administrativo, a adolescente estava inscrita sozinha no processo, cujos pais se encontram a viver no estrangeiro. Após detetar esta situação, esta foi verificada pela enfermeira orientadora cooperante, que confirmou que a adolescente vive com os pais fora do país. Sendo assim, o universo de famílias com adolescentes do seu ficheiro passou a ser de 135 famílias que foram caracterizadas também quanto ao tipo de família e ciclo vital.

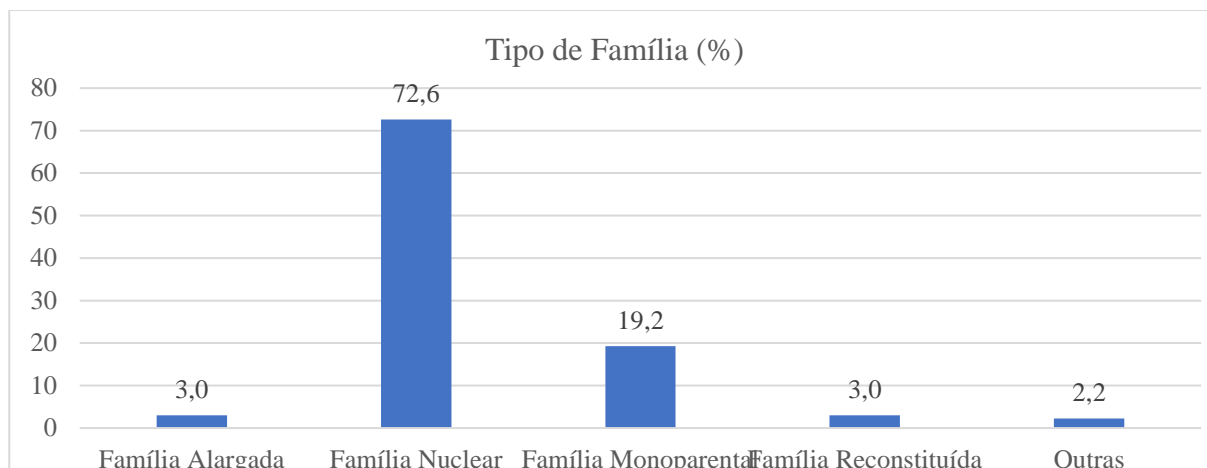
De acordo com a Tabela 9 e mediante os dados recolhidos através do SClínico, verificou-se a existência de 3,0% (n=4) de famílias do tipo alargada e reconstituída, 72,6% (n=98)

de famílias nucleares, 19,2% (n=26) de famílias do tipo monoparental e 2,2% (n=3) classificadas como outras.

Tabela 9 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico

Tipo de Família	n	%
Família Alargada	4	3,0
Família Nuclear	98	72,6
Família Monoparental	26	19,2
Família Reconstituída	4	3,0
Outras	3	2,2
Total	135	100

Figura 7 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao tipo de família baseado na recolha de dados do SI SClínico

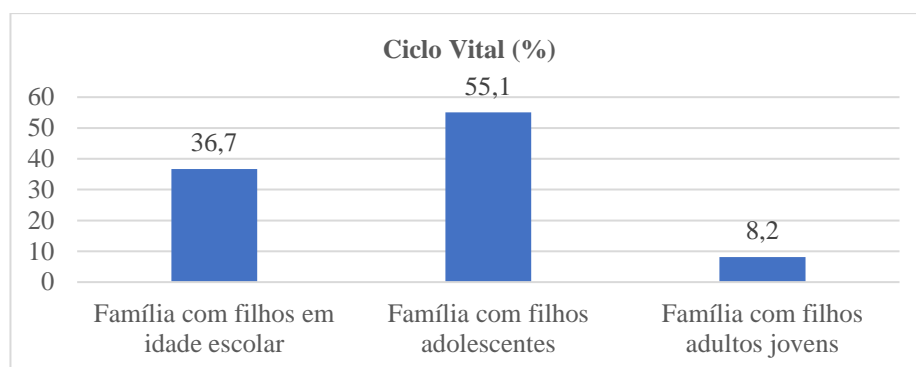


Relativamente às etapas do ciclo vital, e de acordo com a classificação de Duvall, pode-se observar na Tabela 10 que: 36,7% das famílias (n=36) encontram-se na etapa IV- família com filhos em idade escolar; 55,1% (n=54) na etapa V- família com filhos adolescentes e 8,2% (n=8) na etapa VI- família com filhos adultos jovens.

Tabela 10 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall

Ciclo Vital	n	%
Família com filhos em idade escolar	36	36,7
Família com filhos adolescentes	54	55,1
Família com filhos adultos jovens	8	8,2
Total	98	100

Figura 8 - Caracterização das famílias com adolescentes do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante da USF 2 quanto ao ciclo vital segundo Duvall



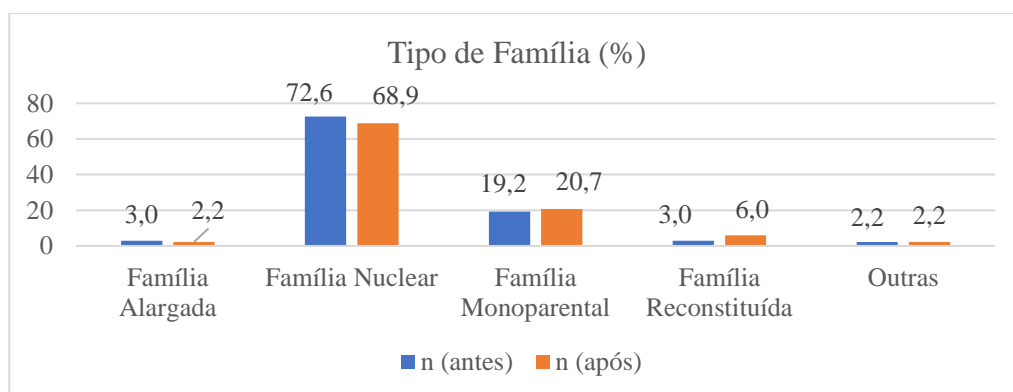
Da mesma forma que na USF 1, verificou-se também na USF 2, que a caracterização quanto ao tipo de família, baseada nos dados recolhidos no SClínico, não correspondia à realidade das famílias tendo em conta as razões já apontadas anteriormente. Houve assim, uma reclassificação das famílias após análise das mesmas com a enfermeira orientadora cooperante. Pela Tabela 11, pode-se confirmar que houve uma diminuição das famílias alargada (n=3) com 2,2% e nuclear (n=93) com 68,9% e um aumento das famílias do tipo monoparental (n=28) com 20,7% e reconstituída (n=8) com 6,0%, mantendo-se igual o número de famílias classificadas como outras (n=3) 2,2%.

Em relação ao tipo de família e à semelhança do que acontece na USF 1, a maioria dos adolescentes vivem em famílias nucleares (n=93) com 68,9%, seguidas das famílias monoparentais com um valor percentual de 20,7% cujos adolescentes (n=28) se encontram a viver só com a mãe ou com o pai.

Tabela 11 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

Tipo de Família	n (antes)	%	n (após)	%
Família Alargada	4	3,0	3	2,2
Família Nuclear	98	72,6	93	68,9
Família Monoparental	26	19,2	28	20,7
Família Reconstituída	4	3,0	8	6,0
Outras	3	2,2	3	2,2
Total	135	100	135	100

Figura 9 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao tipo de família (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

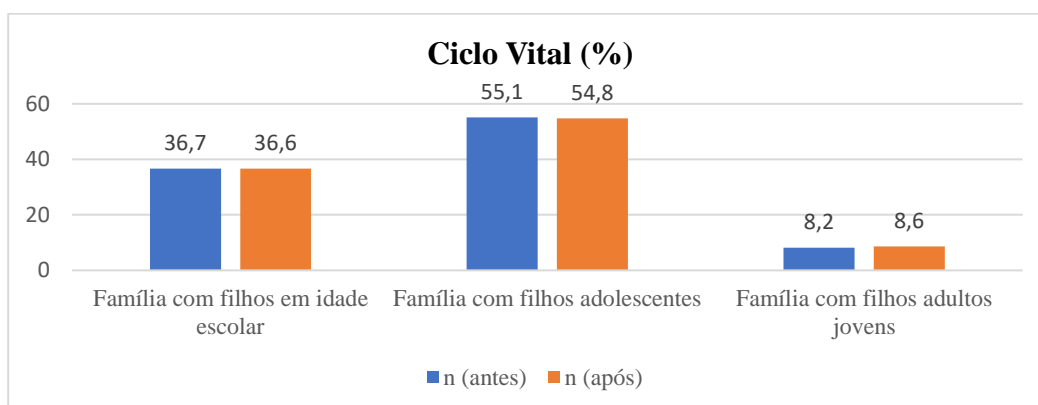


Tendo em conta a reclassificação das famílias quanto à sua tipologia após a análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante, foram também reclassificadas quanto ao ciclo vital, conforme se pode verificar pela Tabela 12. Houve uma diminuição muito ligeira na etapa IV- famílias com filhos em idade escolar (36,6%) e etapa V- famílias com filhos adolescentes (54,8%) e um aumento ligeiro em relação à etapa VI- famílias com filhos adultos jovens (8,6%).

Tabela 12 – Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)

Ciclo Vital	n (antes)	%	n (após)	%
Família com filhos em idade escolar	36	36,7	34	36,6
Família com filhos adolescentes	54	55,1	51	54,8
Família com filhos adultos jovens	8	8,2	8	8,6
Total	98	100	93	100

Figura 10 - Caracterização das famílias com adolescentes da USF 2 quanto ao ciclo vital de Duvall (antes e após análise dos dados com a enfermeira orientadora cooperante)



2 - ANÁLISE E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A ESF enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros. Ao promover o empoderamento da família, esta é envolvida na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, desempenhando um papel ativo preponderante, capaz de conduzir ao bem-estar de todo o sistema familiar, ao desenvolver estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, necessárias ao longo do ciclo da vida familiar (OE, 2011).

As competências inerentes ao cuidar especializado, foram o fio condutor ao longo da prática clínica e para o desenvolvimento profissional. O desenvolvimento das competências comuns do EE, designadamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Reg. n.º 140/2019) e o desenvolvimento de competências específicas do EEESF. De acordo com o Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (2015), é fundamental a implementação de uma prática especializada permitindo uma melhoria contínua da qualidade no exercício da função profissional dos EE. Neste seguimento, no artigo 3.º, as competências específicas do EEESF são: o cuidado à família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital e nas suas transições, aos diferentes níveis de prevenção; e a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF. Sendo assim, o enfermeiro interage com a família, negociando com os seus elementos os melhores cuidados face aos recursos existentes na comunidade, para que possa garantir a saúde familiar (Reg. n.º 428/2018).

Tendo por base todo o percurso, segue-se uma análise reflexiva sobre a prática clínica e de desenvolvimento de competências ao longo da mesma, alicerçada nas competências definidas pela OE, como fundamentação e evidência do desenvolvimento de competências específicas do EEESF concebendo a família enquanto unidade de cuidados.

2.1 – A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS

De acordo com Hanson (2005), toda a prática de enfermagem envolve família, integrando o pressuposto de que a saúde e doença são acontecimentos familiares, pelo que a saúde

de uma pessoa afeta todos os membros da família, e em que as famílias influenciam o processo e o resultado dos cuidados de saúde. Deste modo, a saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que compreende os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais de todo o sistema familiar (Hanson, 2005).

O sistema familiar é considerado um sistema aberto que troca informação e energia com o exterior, sofrendo modificações ao longo do tempo. Segundo a teoria dos sistemas, a família é vista como um sistema que interage com os seus membros e o meio ambiente, sendo uma teoria que dá especial relevo à interação entre os membros, considerando que uma mudança num dos elementos gera mudança nos outros. A conceção sistémica da família implica que nenhuma família é igual à outra e a sua complexidade é sempre diferente (Relvas, 2006). Dias (2011), refere que na perspectiva sistémica, a família é considerada um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída por subsistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família tais como: o subsistema individual (indivíduo), o subsistema conjugal (casal), o subsistema parental (pais/filhos), o subsistema filial (filhos) e o subsistema fraternal (irmãos). Os papéis familiares são assim constituídos a partir da função de cada membro, de acordo com a posição que ocupa nos diferentes subsistemas. A forma como estes subsistemas se organizam, bem como o tipo de relações que se desenvolvem entre eles e dentro de cada um, denomina-se estrutura da família. Quando cada membro conhece e desempenha o seu papel específico, a família torna-se facilitadora da saúde física e emocional dos seus membros, promovendo o seu desenvolvimento saudável, considerando que os processos de circularidade do sistema familiar inferem uma interação recíproca entre a saúde de cada membro e a saúde familiar (Féres-Carneiro, 1992; Relvas, 2006; Figueiredo, 2012).

A consolidação de uma prática avançada em enfermagem de família, consiste em compreender a família como uma unidade de mudança, através de um padrão que permita o entendimento da sua complexidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2012).

Os modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar têm vindo a ser reconhecidos como cruciais na prática clínica em enfermagem de saúde familiar. A complexidade do sistema familiar, torna essencial o uso de abordagens sistémicas para a família enquanto unidade de cuidados (Hanson, 2005).

Deste modo, para a integração das famílias na prática clínica, há que ter como suporte as teorias de enfermagem como linhas orientadoras que fundamentam a prática de enfermagem no cuidado à pessoa e família, e os modelos integrados de avaliação e intervenção familiar.

A Teoria de médio alcance de Afaf Meleis, é focalizada nos processos transicionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Certos aspetos da vida de um indivíduo são afetados mais do que outros pela transição de uma certa experiência e, a extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo (Meleis, 2012). Ao se tratar de uma teoria de médio alcance pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e/ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática (Meleis, 2012).

As transições são o resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Segundo Meleis (2010), as transições podem ser do tipo: desenvolvimentais (relacionadas com mudanças no ciclo vital, tal como a adolescência), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis, nascimento ou perda de um membro na família), saúde-doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas). As transições geradas pelos processos desenvolvimentais ou por acontecimentos significativos da vida exigem adaptação, na medida em que as transições solicitam um novo conhecimento, mudança de comportamentos e alteração do autoconceito num determinado contexto social. A transição deve ser considerada como um processo adaptativo positivo e modificador, que permite que as pessoas atinjam maior firmeza e tenham uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento salientando a importância dos enfermeiros como agentes facilitadores na adaptação a novos papéis pelos indivíduos/famílias (Meleis, 2010).

Segundo Meleis et al. (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do utente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que os mesmos acarretam nas suas vidas e os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

As estruturas teóricas e conceptuais permitem ao EEESF pensar de forma interativa e sistemática, alterando a abordagem do indivíduo como cliente, para a abordagem da família como unidade de cuidados (Hanson, 2005).

De acordo com Wright e Leahey (2012), a prática de enfermagem de família está relacionada com o nível de graduação. O nível do enfermeiro generalista que considera a família como um contexto, e o nível do enfermeiro especialista com formação especializada e que apresenta uma visão da família enquanto unidade de cuidados. Esta última perspectiva, requer uma formação acrescida e aprofundada, pressupondo-se que esta conduza os enfermeiros à aquisição de um corpo de conhecimentos na área da ESF, sustentadas em treino e reflexão que potencializem a mobilização de saberes específicos desta área de especialidade, permitindo a capacitação da família para enfrentar as transições vivenciadas ao longo do ciclo vital (Wright & Leahey, 2012; Vilar et al., 2022).

Segundo Figueiredo (2012), a avaliação e intervenção de enfermagem exigem, a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a recolha de dados e para o planeamento de intervenções.

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), é uma estrutura integrada e multidimensional tendo como fundamento teórico a teoria geral dos sistemas, da cibernética, da cognição, da comunicação e da mudança, sendo constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2012). Esta estrutura permite a avaliação familiar “a fim de serem identificados os pontos fortes e os problemas da família” (Wright & Leahey, 2012, p. 4).

O Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), é um modelo organizado para conceptualizar a intersecção entre um domínio específico do funcionamento familiar e a intervenção proposta pelo enfermeiro permitindo colaborar na mudança para promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar eficaz nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2012).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), tem por base as fontes teóricas do MCAF e o MCIF e adota o pensamento sistémico como referencial epistemológico, definindo conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2012).

Este modelo foi co-construído a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros portugueses e legitimado pelas tomadas de decisão dos mesmos, validado pela investigação desenvolvida no contexto dos CSP (Figueiredo, 2009), servindo de base ao aplicativo informático SClínico. O mesmo reconhece a complexidade do sistema familiar e considera a sua globalidade, equifinalidade e auto-organização que o dotam com uma

organização específica, partindo da premissa que os cuidados de enfermagem centrados na família adotam uma abordagem sistémica, que é operacionalizado através de um estilo colaborativo em que são potencializadas as forças, recursos e competências (Figueiredo, 2012; OE, 2011). Este modelo pretende-se flexível e interativo permitindo aos enfermeiros a identificação rigorosa das necessidades das famílias e desta forma sugerirem intervenções adequadas, potenciando a eficácia e eficiência da sua atuação. A avaliação familiar centra-se em diversos focos de atenção visando o conhecimento mais aprofundado do sistema familiar como meio para fortificar a sua dinâmica (Figueiredo, 2009).

O MCAF, o MCIF e o MDAIF são modelos reconhecidos e recomendados pela *International Family Nursing Association* (IFNA) para a prática de enfermagem com famílias (IFNA, 2020).

O MDAIF fornece ao enfermeiro uma ferramenta orientadora do pensamento e da prática, permitindo identificar de forma crítica, as necessidades da família e assim em conjunto com esta, delinear-se as intervenções mais eficientes. Um estudo realizado por Ferreira (2017) num agrupamento de centros de saúde da região norte, evidenciou que este referencial teve um impacto significativo no processo de avaliação e intervenção das famílias demonstrando ganhos em saúde familiar decorrentes das intervenções dos enfermeiros. Corroborando assim, com outro estudo desenvolvido por Esteves et al. (2018), o que possibilitou verificar que a aplicação do MDAIF na prática clínica permite aos enfermeiros o aperfeiçoamento das suas competências para uma abordagem de forma personalizada à família, centrada na adaptação e nos processos de transição. De acordo com este referencial, a avaliação familiar foca-se nas dimensões estrutural, de desenvolvimento familiar, e funcional, apoiando-se em outros dados avaliativos complementares, assumindo assim, um carácter contínuo, dinâmico e proactivo (Figueiredo, 2012).

Estas dimensões integram áreas de atenção familiares fundamentais para a prática dos cuidados de enfermagem e permitem um conhecimento adequado do sistema familiar (Figura 11). Segundo Figueiredo (2012), a avaliação referente à dimensão estrutural incide sobre a composição estrutural da família identificando deste modo, o tipo de família e a sua composição, os vínculos afetivos existentes entre a família e os outros subsistemas, a família extensa (relação dos membros com a família de origem e outros

parentes), os sistemas mais amplos (interações sociais com amigos, instituições) e características específicas do contexto ambiental que podem revelar riscos para a saúde da família.

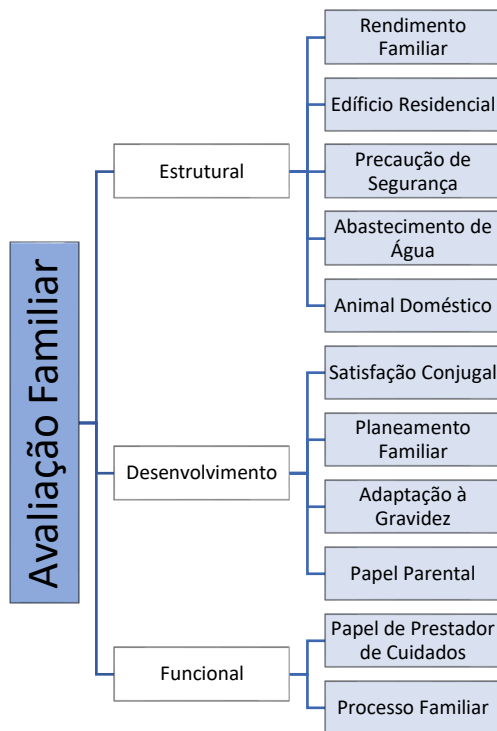


Figura 11 - Diagrama das áreas de atenção por dimensão avaliativa

Fonte: MDAIF (Adaptado de Figueiredo, 2012)

Esta dimensão é assim constituída pelas seguintes áreas de atenção familiares: rendimento familiar (definição classe social através da escala de Graffar adaptada); edifício residencial (espaço habitacional onde reside a família); precaução de segurança (gás, barreiras arquitetónicas, tipo de aquecimento, higiene da habitação); abastecimento de água (sistema de abastecimento) e ambiente biológico (animal doméstico).

Relativamente à avaliação da dimensão de desenvolvimento, esta permite a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, de acordo com a etapa do ciclo de vida familiar. São adotadas por Figueiredo (2009) as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2006), já mencionadas anteriormente. Atendendo a que “as tarefas características de cada etapa do ciclo vital não terminam logo que se inicia outra, centrando-se essencialmente na evolução temporal das interações numa perspectiva de continuidade” (Figueiredo, 2012, p.79) são descritas definições transversais a todas as etapas tais como: a satisfação conjugal; o planeamento familiar; a adaptação à gravidez e o papel parental

(Figueiredo, 2012). O papel parental enquanto área de atenção da dimensão desenvolvimento caracteriza-se pelos padrões de comportamento dos membros da família, face às crenças e expectativas que possuem sobre o desempenho deste papel, tendo em conta os fatores culturais, bem como do próprio modelo funcional do sistema familiar. Para cada uma das cinco etapas do ciclo vital, são definidas categorias avaliativas relativas às dimensões operativas: conhecimento do papel (informação e capacidade na aprendizagem de habilidades); comportamentos de adesão (ações praticadas pelos pais que se manifestam pela confiança e competência no desempenho do papel); adaptação da família à escola (exclusiva da etapa da família com filhos na escola); consenso do papel (relacionado com a aceitação dos membros da família relativamente às expectativas associadas ao papel); conflito do papel (dificuldades em conciliar vários papéis, ou as tarefas necessárias ao cumprimento do mesmo) e saturação do papel (sem recursos de tempo ou energia para desempenhar de forma eficaz as tarefas inerentes ao papel). Estas últimas dimensões operativas estão relacionadas com a avaliação dos fatores de tensão no desempenho do papel parental (Figueiredo, 2009; 2012).

De modo a completar a avaliação familiar segundo Figueiredo (2012), a dimensão funcional inclui os padrões de interação familiar permitindo o desempenho das funções e tarefas familiares, tendo por base a complementaridade funcional do sistema familiar e dos valores que permitem a execução das suas finalidades. Nesta dimensão destacam-se como definições o papel de prestador de cuidados (dimensão instrumental) e o processo familiar (dimensão expressiva). O processo familiar como dimensão expressiva do funcionamento familiar, corresponde à interação entre os membros da família. São assim definidas as seguintes dimensões operativas: comunicação familiar (comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal, e comunicação circular); *coping* familiar (estratégias e recursos que permitem o funcionamento familiar, de modo a dar resposta a fatores de *stress* intrínsecos ou extrínsecos ao sistema familiar); interação de papéis familiares (papel de provedor, papel de gestão financeira, papel de cuidado doméstico, papel recreativo e papel de parente); relação dinâmica (influência e poder, alianças e uniões, coesão e adaptabilidade da família, e funcionalidade da família na perceção dos membros) e crenças familiares (crenças de saúde, religiosas, espirituais, de valores, culturais e sobre a intervenção dos profissionais de saúde) (Figueiredo, 2012).

A utilização destes modelos permite assim, a aquisição de competências práticas que reúnem informação sobre a família para a conceção de cuidados em enfermagem.

Viabilizando deste modo, um conjunto de dados para a formulação de diagnósticos e intervenções eficazes, tendo em conta as intervenções que se estabelecem no sistema familiar, e entre este, e os sistemas exteriores (Figueiredo, 2012). Como princípios orientadores da prática, a ênfase dada à família enquanto unidade de cuidados, é fundamental de modo a prestar cuidados especializados de proximidade direcionados às necessidades de cada família.

Como enfermeira de família, a exercer a minha atividade numa USF há vários anos, considerei à *priori* que teria alguma dificuldade em perceber a diferença entre a minha prática de cuidados diária e o exercício da ESF. Contudo, a componente teórica e a componente clínica desenvolvidas ao longo do curso, ajudaram-me a identificar essa diferença e a perceber a importância dos ganhos em saúde que se obtêm quando o enfermeiro interage com as famílias utilizando um método organizado, dinâmico e sistematizado, direcionado à família enquanto unidade de cuidados. Permitindo deste modo, recolher dados sobre a família, de forma a identificar problemas e potencialidades, e a formular diagnósticos de enfermagem, assim como o planeamento de intervenções em colaboração com a família.

Este enquadramento conceptual possibilitou que fosse desenvolvendo, ao longo dos estágios, as várias atividades clínicas integrando a equipa de saúde familiar, e a realidade onde esta atua de modo a aprofundar as competências inerentes à prestação de cuidados especializados do EEESF. O acompanhar as famílias ao longo do seu ciclo vital, implica ajudá-las e torná-las capazes de vivenciar as transições impostas pelas diversas etapas de desenvolvimento.

2.1.1 – Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF (parametrizado no SClínico), é o modelo utilizado como norteador das práticas de cuidados de enfermagem aos utentes/famílias ao longo do ciclo vital. Os pressupostos conceptuais que fundamentam a prática das enfermeiras de ambas as USF alicerçam-se nos referenciais teóricos e modelos conceptuais de ESF, como: o MCAF, o MCIF, e o MDAIF como referenciais sustentadores das práticas de cuidados às famílias.

Durante os estágios, o contacto com as famílias decorreu em contexto de consulta de vigilância de saúde/doença, possibilitando assim um maior conhecimento do contexto familiar, viabilizando a avaliação familiar e consequentemente a definição de um plano

de cuidados em conjunto com a família. De acordo com a informação recolhida, as atividades desenvolvidas junto das famílias foram no sentido de as capacitar na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde familiar.

Ainda que as transições desenvolvimentais ao longo do ciclo vital da família sejam esperadas como é o caso do nascimento de um filho ou a vivência da adolescência, requerem da família um reajustamento e adaptação dos membros da família e do sistema familiar. Estes eventos transicionais geram mudança, exigindo das famílias novas organizações, novas dinâmicas, novas aprendizagens e a redefinição de papéis e regras familiares surgindo assim, como oportunidades de crescimento (Relvas, 2006; Alarcão, 2006).

Das famílias a vivenciar transições decorrentes do ciclo de vida familiar, destaco as famílias em transição da infância para a adolescência, como aquelas com quem tive mais oportunidade de contactar durante o estágio na USF 1, o que me permitiu identificar as necessidades destas famílias em cuidados de enfermagem e as suas forças, como recursos essenciais para a capacitação funcional da família.

De modo a desenvolver as unidades de competência do EEESF durante o primeiro contexto clínico na USF 1 foi realizada a avaliação a 10% das famílias com adolescentes (n=13) em contexto de consulta já programada para a enfermeira orientadora cooperante, nas dimensões preconizadas pelo MDAIF utilizando assim, um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um maior entendimento quer da família, quer dos focos de intervenções da ESF, desenvolvendo deste modo, uma prática especializada do enfermeiro na área da saúde familiar (Regulamento nº 428/2018).

Na avaliação das necessidades das famílias foram identificados diagnósticos de enfermagem na dimensão desenvolvimento e dimensão funcional, como se pode observar pela Tabela 13.

Das famílias avaliadas, 46,1% apresentam Papel Parental não adequado, destacando-se o conhecimento do papel não demonstrado e comportamentos de adesão não demonstrado com o mesmo valor. A maioria das famílias (76,9%) apresentam Processo Familiar disfuncional, com Comunicação Familiar não eficaz (69,2%) e Relação Dinâmica disfuncional (46,1%). De acordo com a atividade diagnóstica efetuada, foram realizadas intervenções com base no MDAIF.

Na área de atenção referente ao Papel Parental, foram consideradas as famílias avaliadas,

Tabela 13 - Diagnósticos de Enfermagem por dimensão e área de atenção das famílias avaliadas

Dimensão	Área de atenção	Diagnóstico de Enfermagem	n	%
Desenvolvimento	Papel Parental	Papel parental não adequado	6	46,1
		Conhecimento do papel não demonstrado	6	46,1
		Adaptação da família à escola não eficaz	1	7,7
		Comportamento de adesão não demonstrado	6	46,1
Funcional	Processo Familiar	Processo familiar disfuncional	10	76,9
		Comunicação não eficaz	9	69,2
		<i>Coping</i> familiar não eficaz	5	38,4
		Relação dinâmica disfuncional	6	46,1

de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontravam, ou seja, famílias com filhos na escola e famílias com filhos adolescentes.

Na dimensão referente ao conhecimento do papel parental não demonstrado, em famílias com filhos na escola, foram realizadas intervenções direcionadas ao domínio cognitivo do funcionamento familiar relacionadas com as tarefas de educação dos filhos que foram: ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança; ensinar os pais sobre padrão de higiene oral; ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária e ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social. No mesmo diagnóstico, mas no âmbito da adaptação da família à escola ineficaz, a intervenção realizada foi promover a socialização/autonomia da criança (foi incentivada a autonomia da criança na ida para a escola, uma vez que a família mora próximo da escola). A nível dos comportamentos de adesão não demonstrado, as intervenções realizadas foram: motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança; motivar os pais para a importância de regras estruturantes e orientar para serviços de saúde (foi referenciada uma criança por apresentar cárie dentária para outro profissional de saúde - dentista) (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

Relativamente ao diagnóstico Papel Parental não adequado, em famílias com filhos adolescentes, na dimensão do conhecimento do papel não demonstrado, foram realizadas intervenções no domínio cognitivo: ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente; ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente (foi incentivada a prática desportiva); ensinar os pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012). Foram também realizadas intervenções no domínio comportamental

relativas à modificação no relacionamento pais-filhos de modo a permitir a independência de forma equilibrada do filho adolescente tais como: ensinar os pais sobre a importância das regras estruturantes (foi incentivada a participação do adolescente em algumas tomadas de decisão familiares, e a flexibilização de regras com equilíbrio entre responsabilidade e liberdade). Quanto aos comportamentos de adesão não demonstrado, as intervenções foram no sentido de: motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente; motivar os pais para um padrão de exercício adequado ao adolescente; motivar os pais para a importância de regras estruturantes (incentivados pais a definirem regras entre os subsistemas); informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigos; informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente; e elogiar as forças da família (foi elogiada a participação dos pais na reuniões e atividades escolares, o envolvimento da família alargada, a promoção de atividades de lazer de acordo com a preferência do adolescente) (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

A dimensão funcional cuja área de atenção sujeita a diagnósticos e intervenções de enfermagem foi o Processo Familiar (funcionamento expressivo da família) de acordo com a Tabela 13 (p. 58). Foram intervencionadas as dimensões da comunicação familiar (comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, e comunicação circular) *coping* familiar (solução de problemas) e relação dinâmica (papéis, influência e poder, e alianças e uniões) (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

Na comunicação familiar não eficaz, as intervenções realizadas foram no domínio afetivo do funcionamento familiar: promover a comunicação expressiva das emoções (foram incentivados os membros da família a expressarem as suas emoções e a partilhar aquilo que sentem); promover o envolvimento da família (as famílias foram incentivadas a dar mais espaço aos seus elementos para falarem abertamente sobre as emoções e as suas preocupações) e otimizar a comunicação na família (foi fomentada a perceção da forma como cada elemento se expressa e de como esta interfere na interação uns com os outros) (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

No *coping* familiar não eficaz, identificado em 5 famílias, a intervenção realizada foi promover estratégias adaptativas, como por exemplo: permitir às famílias que identificassem experiências anteriores positivas na resolução dos seus problemas, bem como os recursos externos ao núcleo familiar (amigos, família extensa) percebidos

pelas famílias como recurso de modo a melhorar o *coping* familiar (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

No que concerne à relação dinâmica disfuncional, foram realizadas intervenções (domínio afetivo e comportamental) a 6 famílias: promover a comunicação expressiva das emoções (incentivada a partilha dos sentimentos e emoções), promover o envolvimento da família (foi fomentada a organização de atividades em família com a participação de todos os elementos de modo a fortalecer a coesão familiar) e otimizar a comunicação na família (elogiada a forma como partilham as tarefas entre os membros da família e a perceção da satisfação da família em relação à influência de cada elemento no comportamento dos outros) (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

Grande parte das intervenções delineadas, foram direcionadas para questões associadas à comunicação, às relações familiares, e à sua importância no desenvolvimento saudável dos membros da família, principalmente dos filhos adolescentes. Relativamente à avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, devido ao tempo limitado do primeiro estágio, não me foi possível apurar o verdadeiro impacto das intervenções realizadas a nível da alteração de diagnósticos, cuja avaliação será desenvolvida nos próximos contactos realizados pela enfermeira orientadora cooperante às suas famílias. Foi realizada documentação do processo de cuidados de enfermagem de saúde familiar no processo familiar do SI SClínico.

Cada família é única, com uma organização própria, pelo que na prestação de cuidados à família procurei que as intervenções fossem adequadas às suas especificidades. De acordo com Dias (2011), cada família tem a sua individualidade e autonomia, apesar de integrar influências externas e internas, com as quais está em permanente interação e que exige capacidade auto organizativa a fim de manter o seu equilíbrio dinâmico. Para Figueiredo (2012), é fundamental adotar uma perspectiva sistémica da família e aceitar os seus processos de auto-organização, validando diferentes realidades.

Ao interagir com as famílias para avaliar a sua dinâmica familiar, o recurso a um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, é importante para um conhecimento aprofundado do sistema familiar de modo a permitir o desenvolvimento de intervenções que fortaleçam a família. Para tal, os modelos de avaliação e intervenção familiar pretendem ser orientadores das práticas dos cuidados de

enfermagem na área da saúde familiar, considerando a família como unidade de cuidados (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

O uso destes referenciais durante os estágios, constituiu-se como uma estratégia facilitadora da minha aprendizagem e sustentadora do treino de uma prática clínica de tomada de decisão assente no uso de instrumentos de avaliação e intervenção familiar. A utilização do MDAIF permitiu-me avaliar as famílias ao longo do ciclo vital e nas suas transições, visando a identificação de problemas e potencialidades, a formulação de diagnósticos, assim como, o planeamento de intervenções ajustadas a cada família, face às dimensões que necessitavam de cuidados.

Segundo Silva (2013), a estrutura operativa do MDAIF prevê indicadores para a avaliação dos cuidados de enfermagem num contexto de saúde familiar, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como, uma avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem na área da saúde familiar.

Neste sentido, foram avaliadas todas as famílias (n=181) na dimensão estrutural, nas áreas de atenção: tipo de família; rendimento familiar (escala de Graffar adaptada); edifício residencial; precaução de segurança; abastecimento de água e animal doméstico. Foram assim avaliadas, 25,2% das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante. O registo destas avaliações foi realizado no aplicativo informático SClínico. De modo a calcular as taxas de avaliação na dimensão estrutural, foi utilizado como denominador o número total de famílias inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante e como numerador o número de famílias avaliadas em cada área de atenção descrita na matriz operativa (Tabela 14).

O reconhecimento da complexidade do sistema familiar foi proporcionado pelo contacto estabelecido com os utentes/famílias, através da realização de consultas de vigilância para a promoção da saúde ao longo do seu ciclo vital das quais se destacaram as consultas de Saúde Materna (SM), de Saúde Infantil (SI) e Juvenil (SJ), e de Planeamento Familiar (PF), assim como, das consultas de enfermagem realizadas no âmbito da vigilância em situações de doença crónica.

A avaliação da dimensão do desenvolvimento familiar, possibilita a perceção dos fenómenos relacionados ao crescimento da família, com o objetivo de poder desenvolver cuidados antecipatórios que ajudem no processo de capacitação da mesma (Figueiredo, 2012). Figueiredo (2012), reforça ainda que é fundamental identificar as etapas do ciclo

Tabela 14 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Estrutural por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Tipo de Família}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Rendimento Familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Edifício Residencial}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Precaução de Segurança}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Abastecimento de Água}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Animal Doméstico}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{181}{719} \times 100$	25,2

vital definidas por Relvas (2006), destacando as seguintes áreas de atenção: Satisfação Conjugal; Planeamento Familiar; Adaptação à Gravidez e Papel Parental.

A satisfação conjugal focaliza-se nos processos de conjugalidade relacionados com a continuidade de uma relação satisfatória. Os processos de conjugalidade sofrem alterações ao longo da vida do casal, relacionados muitas vezes com a forma como o casal se adapta às transições dos seus membros enquanto subsistemas individuais, e também com a gestão comum face às pressões internas e externas dos outros subsistemas (Figueiredo, 2012). Para avaliar esta área de atenção, foram definidas de acordo com Figueiredo (2012), as seguintes dimensões operativas: relação dinâmica do casal (satisfação do casal com a partilha de tarefas domésticas, com o tempo passado em conjunto e a forma como cada um expressa os seus sentimentos); comunicação do casal (ações relacionadas com os comportamentos relacionais, expectativas e receios de cada membro do casal); interação sexual (satisfação do casal com o seu padrão de sexualidade e o conhecimento sobre a mesma); função sexual (existência de disfunções sexuais no casal e conhecimento do mesmo sobre estratégias de resolução).

Relativamente ao planeamento familiar, esta definição encontra-se relacionada com a tomada de decisão do casal em relação ao número de filhos e o espaçamento entre eles, tendo em conta o conhecimento do casal no acesso a métodos de planeamento familiar seguros e eficazes. Surgem assim as seguintes dimensões operativas: uso de contraceptivo; conhecimento sobre vigilância pré-concepcional; e conhecimento sobre reprodução e fertilidade (Figueiredo, 2012).

A definição adaptação à gravidez implica, no casal, que a função conjugal se transforme em função parental quando ocorre o nascimento do primeiro filho. Como área de atenção integra as dimensões operativas: conhecimento; comunicação e comportamentos de adesão (Figueiredo, 2012).

Quanto à definição papel parental enquanto área de atenção familiar na avaliação da dimensão desenvolvimento, esta encontra-se já abordada anteriormente.

Neste sentido foram avaliadas, de acordo com o MDAIF, todas as famílias com consulta de enfermagem de vigilância de saúde agendadas, perfazendo: 23,5% das famílias com subsistema conjugal quanto à área de atenção Satisfação Conjugal nas suas dimensões avaliativas (relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual); 9,7% das famílias com subsistema conjugal quanto à área de atenção Planeamento Familiar nas dimensões avaliativas, fertilidade, conhecimento sobre vigilância e reprodução e uso de contraceptivos; 54,5% das famílias com subsistema conjugal quanto à Adaptação à Gravidez nas suas dimensões conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão, e por fim, 36,5% das famílias com subsistema parental quanto à área de atenção Papel Parental, nomeadamente no que diz respeito às dimensões avaliativas, conhecimento do papel e comportamentos de adesão (Tabela 15).

Segundo Figueiredo (2012), “o papel de prestador de cuidados corresponde ao padrão interaccional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem de situação de doença” implicando assim, uma reestruturação familiar, em que a identificação das dificuldades sentidas na prestação de cuidados irá conduzir ao desenvolvimento de estratégias de comunicação e de *coping* eficazes (p. 93).

A avaliação do meio onde as pessoas vivem e interagem, permitem diagnosticar as suas necessidades em cuidados de enfermagem na área da saúde familiar e potencialidades

Tabela 15 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{93}{396} \times 100$	23,5
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{21}{216} \times 100$	9,7
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal e gravidez do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{6}{11} \times 100$	54,5
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{74}{203} \times 100$	36,5

enquanto elementos promotores de saúde, ao mesmo tempo permitindo também, identificar situações de maior vulnerabilidade familiar. Figueiredo (2012), refere que a compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias, viabilizam uma prática dirigida para a capacitação funcional das famílias face às exigências e especificidades do seu ciclo de vida. Deste modo, através das visitas domiciliárias foi possível conhecer melhor o contexto das famílias no seu ambiente, bem como, quem desempenha o Papel de Prestador de Cuidados (PPC).

Relativamente à dimensão funcional, na área de atenção PPC, foram avaliadas 25 famílias (22,9%). Foi avaliado o conhecimento do prestador de cuidados relativamente ao autocuidado, que está associado à prática de atividades a fim de manter a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida do membro dependente (Martins et al., 2016), à gestão do regime terapêutico e auto-vigilância. De acordo com Figueiredo (2012), o PPC engloba as dimensões operativas: conhecimento do papel (aprendizagem cognitiva e prática que permite ao membro prestador de cuidados realizar de forma eficaz as tarefas ao membro dependente); comportamentos de adesão (desenvolvimento efetivo das tarefas referentes

à prestação de cuidados nos diversos tipos de autocuidado); consenso do papel; conflito do papel e saturação do papel.

Para calcular a taxa de avaliação nesta área de atenção, foi utilizado como denominador o número total de famílias com membro dependente e o numerador com o número de famílias com membro dependente avaliadas em PPC, que incidiu nas áreas do autocuidado, gestão do regime terapêutico e auto-vigilância, nas dimensões operativas: conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso, conflito e saturação do papel, descritas na matriz operativa (Tabela 16).

Tabela 16 - Taxa de avaliação familiar na dimensão Funcional na área de atenção Papel de Prestador de Cuidados (PPC) segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Funcional na área de atenção Papel de Prestador de Cuidados (PPC)	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com membro dependente avaliadas em Papel de Prestador de Cuidados (PPC)}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com membro dependente}} \times 100$	$\frac{25}{109} \times 100$	22,9

De acordo com a Tabela 17 relativamente à taxa de avaliação na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar, foram avaliadas 50 famílias (durante a atividade de investigação), correspondendo a 6,9% do número total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante. Para proceder a esta avaliação, o numerador foi constituído pelo número de famílias avaliadas nos itens (Comunicação Familiar; *Coping* Familiar; Papéis Familiares e Relação Dinâmica) da matriz operativa nesta área de atenção, e o denominador pelo número total de famílias inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante.

Ao longo das consultas de enfermagem, foram recolhidos dados pertinentes relativos às áreas de atenção familiares por cada dimensão de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional de modo a avaliar o estado de saúde das famílias. De acordo com o processo de enfermagem familiar e através da avaliação inicial, foi solicitada a história familiar, permitindo desta forma identificar a estrutura familiar em colaboração

Tabela 17 - Taxa de avaliação familiar na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ famílias avaliadas em Processo Familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora}} \times 100$	$\frac{50}{719} \times 100$	6,9

com a família, as suas necessidades, aprofundando assim, a atividade diagnóstica nas áreas consideradas mais pertinentes de acordo com as transições familiares que a família se encontra a vivenciar. Posteriormente, a elaboração de diagnósticos que “correspondem à identificação das forças da família, em conjunto com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas” (Figueiredo, 2012, p.134) e o estabelecimento de objetivos em negociação com a família. Face ao exposto, foi dado cumprimento às competências específicas do EEESF, na medida em que, **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”** e **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** (Reg. 428/2018, p. 19357).

Foi garantida sempre a segurança e a qualidade dos cuidados, assim como, a promoção de ambientes seguros e saudáveis. As famílias desenvolvem-se através das transições, onde os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares. Estas podem surgir associadas ao ciclo de vida da família e com carácter previsível, designadas por transições normativas, ou as transições situacionais, decorrentes de situações imprevistas associadas a fatores de *stress* (Figueiredo, 2012, Relvas, 2006). Todas as famílias nucleares foram avaliadas segundo a etapa do ciclo vital familiar de Duvall, por ser esta a classificação parametrizada no SClínico.

A abordagem colaborativa, a criação de um ambiente seguro, o conhecimento da família, assim como a confiança da mesma na EF, revelaram-se como facilitadores na minha interação com as famílias no sentido da promoção e recuperação do seu bem-estar. A continuidade dos cuidados que consegui garantir com algumas famílias, foi essencial para estabelecer uma relação de confiança e proximidade necessária à definição conjunta de um plano de cuidados em colaboração com a família, com o objetivo de promover e reforçar a saúde da mesma. A discussão das situações decorrentes das atividades clínicas

com a enfermeira orientadora cooperante foi uma atividade muito presente ao longo dos estágios, tendo sido um instrumento significativo para a aprendizagem e para o aperfeiçoamento do raciocínio na avaliação familiar e para a intervenção com as mesmas. Após a avaliação das várias categorias das dimensões do MDAIF, foram identificados diagnósticos e planejadas intervenções de enfermagem, integrando a evidência clínica no planejamento dos cuidados de ESF, dando assim cumprimento às unidades de competência “**Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar**” (Reg. 428/2018, p. 19358).

Foram avaliadas taxas de prevalência nas dimensões de avaliação Estrutural, Desenvolvimento e Funcional. De acordo com a OE (2007), a taxa de prevalência consiste na relação entre o número de casos de um determinado diagnóstico de enfermagem durante um determinado período e a população existente nesse período. Sendo assim, o numerador representa o número de diagnósticos de enfermagem que evidenciam a necessidade de intervenção nas famílias avaliadas e o denominador o número total de famílias avaliadas em cada área de atenção.

Na dimensão Estrutural foram assim identificadas, 15 famílias com Animal Doméstico negligenciado (8,3%) as quais não apresentaram o animal doméstico desparasitado e/ou vacinado (Tabela 18). As intervenções realizadas para fazer face a este diagnóstico e levar à produção de ganhos em saúde, remeteram-se para orientar as famílias para os serviços da comunidade, ensinar as famílias sobre a importância da vacinação e desparasitação do animal doméstico e motivar para o cumprimento destas intervenções (Figueiredo, 2012).

Tabela 18 - Taxa de prevalência na dimensão Estrutural na área de atenção Animal Doméstico

Indicador de prevalência na dimensão Estrutural na área de atenção Animal Doméstico	Indicador de prevalência	Taxa de prevalência (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ famílias com Animal Doméstico Negligenciado}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias avaliadas em Animal Doméstico}} \times 100$	$\frac{15}{181} \times 100$	8,3

Na dimensão Desenvolvimento destacaram-se: 28 famílias com diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida (30,1%); 28,6% (6), com Planejamento Familiar não eficaz; 50,0% das famílias grávidas (3) com diagnóstico de Adaptação à Gravidez não adequada e 10

famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado (13,5%) com necessidades em cuidados de enfermagem (Tabela 19, p. 69).

Após a identificação do diagnóstico Satisfação Conjugal não mantida, manifestada pela relação dinâmica disfuncional e/ou comunicação não eficaz e/ou interação sexual não adequada e/ou função sexual comprometida, foram evidenciadas as forças e recursos das famílias, reforçando as áreas de atenção em que a família não carece de intervenção (elogiada a partilha de tarefas entre o casal). De modo a concretizar as intervenções, promover a comunicação do casal, motivar para atividades em conjunto, planejar rituais familiares, foi usada como recurso a técnica de intervenção, rituais terapêuticos, estabelecendo com as famílias um compromisso em relação ao que estariam dispostos a realizar em conjunto, definindo as atividades e o planeamento das mesmas, tendo em conta as experiências anteriores, em que passavam mais tempo juntos (Figueiredo, 2012; Vilar et al., 2022).

Ao longo das consultas foi sempre dado feedback às famílias de forma sistemática, dando ênfase aos pontos fortes (forças e recursos) e foram exploradas estratégias para melhorar a dinâmica familiar através das intervenções realizadas e das técnicas de intervenção familiar utilizadas. Quando as famílias acreditam em si, têm mais propensão em assumir o controlo da sua vida e construir um futuro sustentável, concentrando-se em aspetos positivos da sua vivência (Gottlieb, 2016).

Relativamente às dimensões da área de atenção Planeamento Familiar não eficaz, para as quais desenvolvi atividade diagnóstica, foram o conhecimento sobre reprodução não demonstrado e uso de contraceptivo não adequado, realizando intervenções no sentido de informar sobre as vantagens do espaçamento adequado entre as gravidezes, as consequências da gravidez não desejada, motivar para o uso de contraceção e providenciar contraceptivo, permitindo assim, a maximização da capacidade de reprodução por parte do casal, tendo em conta as suas motivações e objetivos delineados (Figueiredo, 2012).

No que diz respeito às dimensões da área de atenção Adaptação à Gravidez não adequada, para as quais desenvolvi atividade diagnóstica foram a do conhecimento não demonstrado e a da comunicação do casal não eficaz. Perante estes diagnósticos, as intervenções realizadas foram: ensinar o casal sobre a nova etapa do ciclo vital (sobre as alterações fisiológicas na gravidez); informar e orientar para o curso de preparação para o parto, na

Tabela 19 - Taxas de prevalência na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de prevalência	Taxa de prevalência (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal avaliadas}} \times 100$	$\frac{28}{93} \times 100$	30,1
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal em idade fértil com Planeamento Familiar não eficaz}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas}} \times 100$	$\frac{6}{21} \times 100$	28,6
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal e gravidez avaliadas}} \times 100$	$\frac{3}{6} \times 100$	50,0
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental avaliadas}} \times 100$	$\frac{10}{74} \times 100$	13,5

medida em que o facto dos casais estarem informados sobre as mudanças que ocorrem durante a gravidez, bem como a parentalidade, vão contribuir para que as famílias se sintam mais bem preparadas e mais capacitadas para lidar com essas mudanças (Figueiredo, 2012). Promover a comunicação expressiva das emoções através da partilha pelo casal dos receios e expectativas associados à gravidez e parentalidade e promover a comunicação do casal, foram também intervenções realizadas com o objetivo de melhorar a comunicação entre eles, tendo para isso sido utilizada a técnica interaccional abordagem orientada para as soluções. Esta abordagem centra-se no presente e futuro, focando-se na solução direcionada para o casal e não aos problemas de cada um, permitindo que o casal explore as suas emoções expressando as suas necessidades, desejos e preocupações melhorando a comunicação e encontrando soluções para os desafios enfrentados pelo casal. Deste modo o casal foi convidado a direccionar a atenção para o que ambos esperam da relação e para os aspetos que indicam mudança nas suas vidas, assumindo assim o diálogo entre eles uma nova perspectiva, direcionada para um futuro desejado por ambos, o de serem pais (Vilar et al., 2022).

No que concerne às dimensões da área de atenção Papel Parental não adequado, a atividade diagnóstica foi desenvolvida, de acordo com as etapas do ciclo vital II e III definidas por Relvas (2006) com base no MDAIF, e as tarefas desenvolvimentais pelas quais as famílias estavam a vivenciar. Foram assim realizadas intervenções de acordo com as atividades diagnósticas desenvolvidas nas dimensões avaliativas do conhecimento do papel não demonstrado e do comportamento de adesão não demonstrado. Das intervenções realizadas destacaram-se: ensinar os pais sobre o aleitamento materno; ensinar e instruir sobre os cuidados ao coto umbilical; ensinar sobre a vigilância de saúde; ensinar os pais sobre prevenção de acidentes; ensinar sobre desenvolvimento infantil; ensinar sobre o padrão de higiene oral; motivar os pais para a ingestão nutricional adequada e para a importância da socialização da criança (Figueiredo, 2012). Segundo a autora, “a parentalidade envolve ações e interações por parte dos pais que abrangem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental” (Figueiredo, 2012, p. 85).

Relativamente à dimensão Funcional e de acordo com a Tabela 20 (p. 71), foram identificadas 18 famílias com membro dependente com PPC não adequado (72,0%) e 45 famílias com Processo Familiar disfuncional (90,0 %).

De acordo com a atividade diagnóstica realizada na dimensão Funcional, referente ao PPC, as intervenções realizadas propuseram-se responder ao diagnóstico de PPC não adequado, designadamente no que diz respeito ao conhecimento e comportamentos de adesão não demonstrados, falta de consenso e conflito do papel.

Alguns membros da família veem-se impelidos a assumir o PPC. Visto que este processo de transição exige a aquisição de conhecimento e habilidades, foram realizadas as seguintes intervenções: ensinar o prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência; instruir sobre equipamentos adaptativos; ensinar sobre medidas de prevenção de complicações; ensinar sobre regime terapêutico; motivar a assistir o membro dependente na autovigilância (cuidados sobre autovigilância da glicémia capilar e sinais de hipoglicemia e/ou hiperglicemia); promover a comunicação expressiva das emoções (incentivando os vínculos afetivos); motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; e orientar para serviços sociais (feito encaminhamento para o serviço social para referência para a rede nacional de cuidados continuados integrados, e para instituições de apoio social) (Ploeg et al, 2020; Figueiredo, 2012).

Tabela 20 - Taxas de prevalência na dimensão Funcional por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Funcional por área de atenção	Indicador de prevalência	Taxa de prevalência (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com membro dependente com PPC não adequado}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com membro dependente avaliadas}} \times 100$	$\frac{18}{25} \times 100$	72,0
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com Processo Familiar disfuncional}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias avaliadas}} \times 100$	$\frac{45}{50} \times 100$	90,0

Destaca-se assim a importância do EF no desenvolvimento de um trabalho de proximidade com os prestadores de cuidados, por forma a identificar e responder precocemente às necessidades que emergem no decurso da prestação de cuidados ao membro dependente, permitindo prevenir e diagnosticar atempadamente possíveis situações de sobrecarga do cuidador que podem ser de ordem física, emocional, social e financeira (França, 2022; Vilar et al., 2022).

Quanto às famílias com Processo Familiar disfuncional, a atividade diagnóstica recaiu sobre as dimensões operativas: comunicação familiar não eficaz, *coping* familiar não eficaz, interação de papéis não eficaz e conflitual e relação dinâmica disfuncional. Foram realizadas intervenções de modo a promover a comunicação expressiva das emoções, o envolvimento da família, otimizando a comunicação familiar que constam na matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012). Neste sentido, foram realizadas ações de modo a concretizar essas mesmas intervenções utilizando as técnicas transversais de intervenção sistémica como as questões circulares e de escala, bem como a técnica interaccional conotação positiva. Foram colocadas questões a cada membro da família presente em consulta no sentido de compreender as relações entre eles, permitindo deste modo que cada membro refletisse sobre a forma como comunicam uns com os outros e como cada um vê a relação entre os outros. O uso de questões de escala, mostrou-se também pertinente para clarificar como cada membro da família se posicionava quanto ao grau de satisfação pela forma como cada um comunica. Como refere Vilar et al. (2022), “o facto de cada membro da família ter a oportunidade de ouvir em viva voz o relato dos seus familiares a forma como se sentem, acaba por ser impactante e por si só servir como meio de intervenção” (p. 78). O recurso à conotação positiva como técnica interaccional

revelou-se uma ferramenta importante tendo em vista que tem a possibilidade de qualificar como positivos os aspetos que a família considera como negativos, na medida em que aquilo que é entendido como um problema é dado a entender como algo que beneficia alguns membros do sistema familiar, preservando a sua harmonia, e mantendo assim, o seu funcionamento familiar (Vilar et al., 2022). É de salientar que a comunicação familiar e a relação dinâmica foram as dimensões que apresentaram um número significativo no que respeita à necessidade em cuidados de enfermagem, cujos resultados se encontram desenvolvidos mais detalhadamente no capítulo II (atividade no âmbito da investigação).

Deste modo, e ao longo das consultas realizadas, foi possível analisar a história familiar e as relações existentes entre os diferentes elementos em resposta a situações complexas. Foram mobilizados conhecimentos da área de ESF, tendo em conta as diferentes etapas do desenvolvimento das famílias, indo assim, ao encontro da unidade de competência do EEESF: **“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”** (Reg. 428/2018, p.19357).

De acordo com os indicadores de prevalência demonstrados, foram sugeridas intervenções em colaboração com as famílias tendo em conta a identificação das forças e recursos de que dispõem, de modo a lidarem de forma mais eficaz com os desafios que se apresentam ao longo da vida (Gottlieb, 2016). A utilização das técnicas transversais e interaccionais explanadas anteriormente, revelaram-se facilitadoras no processo de intervenção no sentido de capacitar e orientar as famílias na procura das melhores soluções para os seus problemas inseridos num sistema detentor de forças e recursos para a resolução dos mesmos (Figueiredo, 2012), dando assim cumprimento à unidade de competência: **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”** (Reg. 428/2018, p.19358). Segundo a OE (2006), “a prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (p.2).

Foi possível realizar várias consultas de vigilância às mesmas famílias, tanto em contexto da Unidade de Saúde como em contexto de Visita Domiciliária, facilitando a relação terapêutica e possibilitando um maior conhecimento do contexto familiar e dos processos de vida, viabilizando a avaliação familiar e a definição de um plano de cuidados, onde a

família está implicada e é um elemento ativo e participativo. Todas as transições são responsáveis por alterações na vida das pessoas e têm implicações na sua saúde e bem-estar, mas o nascimento do primeiro filho constitui um marco importante no processo de desenvolvimento familiar, sendo um acontecimento normativo e irreversível na vida do casal. A transição para a parentalidade, além de complexa, é considerada multidimensional, incluindo aspetos pessoais, culturais, de díade e de dimensão social devendo por isso valorizar-se o facto de ser um evento potencialmente desestabilizador a vários níveis, quer pessoal, familiar, social entre outros (Relvas, 2006; Gauthier & deMontigny, 2013). Este trabalho de parceria com as famílias em transição para a parentalidade, promoveu e criou contextos facilitadores da conjugalidade e parentalidade no acompanhamento das novas famílias, envolvendo ambos os cônjuges nos ensinamentos realizados, identificando problemas, tais como: satisfação conjugal não mantida; adaptação à gravidez não adequada e papel parental não adequado, fazendo emergir soluções (referidas anteriormente) e procurando a parentalidade e conjugalidade saudável. Um estudo desenvolvido por Silva et al. (2021), evidencia a existência de fatores protetores da relação conjugal: a gravidez planeada; a comunicação conjugal; a compreensão e ajuda entre o casal; e o apoio da família alargada, como facilitadores do processo de transição para a parentalidade.

Este tipo de abordagem permitiu através da análise dos dados, das narrativas e das interações familiares, identificar as forças/recursos das famílias e de cada um dos seus membros individualmente, e das oportunidades de crescimento e de mudança, ouvir as suas opiniões e ideias, tendo em conta o reconhecimento e o respeito pelas suas competências para tomar decisões e gerir o seu modo de vida (Gottlieb, 2016; Vilar et al., 2022) Identifiquei e analisei as dinâmicas familiares e o que as suportam, mantêm ou criam dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio. Deste modo, foi possível conhecer a complexidade do sistema familiar, identificando na sua maioria os seus recursos, quer internos ou externos, consciencializando as famílias do seu potencial, com o intuito de promover a sua capacitação face às exigências e especificidades inerentes ao seu ciclo vital familiar. Posto isto, considero que a unidade de competência do EEESF: **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”** foi atingida (Reg. 428/2018, p. 19358).

Neste seguimento foi possível validar com as famílias as intervenções para as necessidades identificadas, verificando, se estas permitiam fortalecer a capacidade

funcional da família, mobilizando com a mesma, recursos para a maximização do seu potencial de saúde.

De acordo com o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde (OE, 2007), são considerados indicadores de resultado com modificação positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem reais, o número de casos que tiveram alteração do diagnóstico e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num determinado período de tempo em relação ao número de casos com diagnóstico comprometido.

Na dimensão Desenvolvimento, verificou-se ganhos em saúde em todas as famílias com subsistema conjugal diagnosticadas com PF não eficaz e com Adaptação à Gravidez não adequada (100%) com alteração dos diagnósticos para PF eficaz e Adaptação à Gravidez adequada com pelos menos uma intervenção documentada (Tabela 21, p. 75).

No que se refere à Satisfação Conjugal não mantida, verificou-se uma modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem em 13 famílias (46,4%).

Relativamente ao diagnóstico Papel Parental não adequado, foram alvo de intervenções 10 famílias nas várias etapas do ciclo vital, das quais 5 apresentaram modificação positiva do diagnóstico (50,0%).

Verificou-se uma produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, em famílias com filhos pequenos (II etapa do ciclo vital) através da alteração do diagnóstico de Papel Parental não adequado para o diagnóstico de Papel Parental adequado com pelo menos uma intervenção documentada.

A nível da dimensão Funcional, verificou-se que em 18 famílias com PPC não adequado, 72,2% obtiveram ganhos em saúde, sendo que 13 famílias com membro dependente com diagnóstico de PPC não adequado após as intervenções sugeridas apresentaram alteração positiva do diagnóstico (Tabela 22, p. 75).

Contudo, não foi possível efetuar a avaliação das intervenções realizadas para fazer face ao diagnóstico de Animal Doméstico negligenciado no que respeita à dimensão Estrutural e relativas ao Processo Familiar disfuncional relacionadas com a dimensão funcional, na medida em que durante o tempo da prática clínica, não foi possível apurar o verdadeiro impacto das intervenções realizadas. Seria necessário um acompanhamento prolongado com as famílias, de modo a avaliar os resultados ao nível da alteração de comportamentos,

refletindo-se em ganhos relativos ao diagnóstico de enfermagem Animal Doméstico não negligenciado e Processo Familiar funcional.

Tabela 21 - Indicadores de resultado com modificações positivas no estado dos diagnósticos (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de resultado	Ganhos em Saúde (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal com modificação positiva do diagnóstico Satisfação Conjugal}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida}} \times 100$	$\frac{13}{28} \times 100$	46,4
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal com modificação positiva do diagnóstico Planeamento Familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal com Planeamento Familiar não eficaz}} \times 100$	$\frac{6}{6} \times 100$	100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema conjugal com modificação positiva do diagnóstico Adaptação à Gravidez}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada}} \times 100$	$\frac{3}{3} \times 100$	100
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com subsistema parental com modificação positiva do diagnóstico Papel Parental}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado}} \times 100$	$\frac{5}{10} \times 100$	50,0

Tabela 22 - Indicador de resultado com modificação positiva no estado do diagnóstico (Ganhos em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção PPC segundo a matriz operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Funcional na área de atenção PPC	Indicador de resultado	Ganhos em Saúde (%)
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com membro dependente com modificação positiva do diagnóstico PPC}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com membro dependente com PPC não adequado}} \times 100$	$\frac{13}{18} \times 100$	72,2

Considerando os indicadores de resultado obtidos, de modo a avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na conquista dos objetivos familiares, é assim dada visibilidade à unidade de competência do EEESF “**Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**” (Reg. 428/2018, p. 19358). Ao longo dos estágios foram desenvolvidos esforços para a continuidade dos cuidados e

referenciação a outros profissionais de saúde, recursos da comunidade, família extensa e redes de suporte. A exemplo dos recursos da comunidade mobilizados para o apoio às famílias em transição para a parentalidade, foi a referenciação para os cursos: “Preparação para o Parto e Parentalidade” e “Recuperação Pós-Parto” da responsabilidade da enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia da UCC. Por diversas vezes, houve também necessidade de encaminhar as famílias para instituições de apoio social na comunidade e colaborar nos processos de referenciação de famílias com membro dependente para a rede nacional de cuidados continuados integrados. É assim dada visibilidade à unidade de competência do EEESF **“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”** (Reg. 428/2018, p. 19358).

O exercício profissional da área da enfermagem como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade. Simultaneamente, a formação em serviço é cada vez mais reconhecida como um instrumento de atualização científica e melhoria da qualidade dos cuidados. A procura da evidência para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. O EE tem assim um papel primordial na atualização de conhecimentos, concebendo, gerindo e colaborando em projetos de melhoria contínua. De acordo com o Reg. nº 367/2015 (2015), o EEESF deve ter sempre presente a existência de uma política de formação contínua, de modo a promover o desenvolvimento profissional, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotores da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde familiar especializados. Utilizando para isso, um SI que integre de forma sistemática, as necessidades de cuidados de enfermagem à família, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções do EEESF obtidos pela família. Neste sentido, durante a prática clínica surgiu a oportunidade de desenvolver uma outra atividade não planeada inicialmente, com a divulgação de um projeto de melhoria contínua desenvolvido na UC “Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade” durante o curso de mestrado.

No contexto do estágio e das competências a desenvolver, e tendo em conta que a visita domiciliária de enfermagem à puérpera e recém-nascido (RN) nos primeiros 15 dias de vida é prática desenvolvida em algumas unidades funcionais, nomeadamente na USF 2, foram realizadas seis ações de formação (abrangidas seis USF do ACeS Baixo Mondego) sobre “Melhores Práticas nas Famílias em Transição para a Parentalidade no Contexto

Domiciliário” (Anexo 7). A intenção destas ações de divulgação do projeto de melhoria contínua foi aprofundar e enriquecer os conhecimentos das EF de forma a melhorarem a prática no âmbito dos cuidados às famílias na adaptação à parentalidade. Utilizando deste modo, uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem que integra as necessidades de cuidados à família, identificando e formulando diagnósticos de enfermagem na área da saúde familiar, o planeamento de intervenções sugeridas em colaboração com a família e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem alcançados pela família e promotores para o desenvolvimento saudável desta transição do ciclo vital familiar. Com a partilha deste projeto, espera-se que seja uma mais-valia na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias em transição para a parentalidade inscritas nesta unidade funcional. Estas atividades contribuíram para a minha formação, proporcionando também às equipas da unidade uma melhor qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem aos utentes/famílias. Atendendo ao exposto, considera-se desenvolvida a unidade de competência específica do EEESF: **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”** (Reg. 428/2018, p. 19359), promovendo uma cultura de formação, prática e de investigação, dando visibilidade ao conhecimento da área de ESF e ao mesmo tempo contribuir para o desenvolvimento das competências comuns do EE, nomeadamente no domínio da **melhoria contínua da qualidade** e no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Reg. 140/2019). Ao longo das atividades clínicas procurei sempre promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelos direitos dos utentes/famílias no acesso à informação, à confidencialidade, ao direito de escolha, à privacidade e aos seus valores. Neste sentido, considero ter desenvolvido ações no domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** promovendo uma prática de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Reg. 140/2019).

A avaliação familiar e o planeamento das intervenções foram essenciais para dar resposta às necessidades da família como unidade de cuidados, contudo, a parametrização atualmente existente no programa informático, possui ainda limitações na definição de alguns diagnósticos e intervenções. Um dos constrangimentos sentidos foram os registos de todo o processo familiar no SI. Os dados recolhidos ainda não conseguem ser plenamente traduzidos pelos registos no SClínico. Apesar de já algumas áreas do MDAIF estarem contempladas no SClínico, alguns registos ficam limitados, bem como as

intervenções de enfermagem não sendo possível o registo de algumas escalas, tais como a de avaliação da coesão e adaptabilidade da família, *FACES II*. Este facto requer uma documentação paralela, que dificulta a sua realização, exigindo mais tempo e duplicação de registos. O facto de não ter possibilidade de registo no SClínico, não impediu que durante a prática clínica efetuasse uma recolha de dados metódica, organizada e sistematizada para uma adequada avaliação da dinâmica familiar. Apesar da escala *FACES II* não estar contemplada no aplicativo, os resultados dos seus scores foram registados no processo familiar de cada uma das famílias e em cada um dos seus elementos avaliados, como notas da intervenção: Avaliar processo familiar.

O acesso ao registo dos dados recolhidos, as avaliações e intervenções planeadas e realizadas permitirão uma perceção eficaz da complexidade da unidade familiar e da forma como deve ser gerida a continuidade dos cuidados, tendo em conta as necessidades e potencialidades identificadas. Deste modo, foi melhorada a informação para a tomada de decisão no processo de cuidados à família, indo ao encontro da competência comum do EE, do domínio da **gestão dos cuidados** (Reg. 140/2019).

São muitos os fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família. A conceção que os enfermeiros possuem de família, orientada para os cuidados de saúde e doença e a forma como conceptualizam os cuidados à família, são também fatores determinantes nos processos de tomada de decisão, do planeamento à implementação dos cuidados (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo et al., 2020). De acordo com Silva (2016), num estudo realizado em Portugal com enfermeiros dos CSP sobre os processos em cuidados no âmbito da enfermagem de família, evidencia demonstrar a dicotomia entre os seus discursos que enfatizam a relevância dos cuidados de enfermagem centrados na família, e as práticas, que se mantêm centradas nos indivíduos.

Indicadores de monitorização das USF direcionados para o indivíduo (praticamente inexistentes indicadores direcionados para a área da saúde familiar), a escassez de recursos humanos e físicos adequados ao modelo de equipa de saúde familiar, a duplicação de registos na documentação dos cuidados de enfermagem no SI (no processo clínico individual e no processo familiar) onde o processo clínico familiar e consequentemente a avaliação familiar, se encontra ainda subvalorizado relativamente

ao processo individual, são assim, exemplos de fatores identificados ao longo dos estágios como fragilidades para o desenvolvimento da enfermagem de família.

2.2 – OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA

Durante os estágios, tive a oportunidade de desenvolver algumas atividades para o envolvimento ativo e intencional da prática especializada que apesar de não terem sido planeadas inicialmente, considero importantes para o crescimento e desenvolvimento de competências, como tal, considero que foram aspetos positivos e que por isso devem ser contemplados neste relatório final. Destas atividades destaca-se a minha participação no:

- ❖ XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar que decorreu no dia 14 de maio de 2022, em formato online, organizado pela ESEnfC (Anexo 8). Foram abordadas temáticas sobre família e urbanização; dinâmicas familiares na sua diversidade e especificidade e desafios no acolhimento a refugiados, com a partilha de projetos promotores de reflexão sobre as necessidades e recursos das famílias em situação de vulnerabilidade;
- ❖ Evento de lançamento e divulgação do livro “Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de Caso” que decorreu no dia 21 de maio de 2022 no seguimento das Comemorações do Dia Internacional da Família na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha em Oliveira de Azeméis. Permitiu a partilha de experiências e de conhecimentos na área da ESF;
- ❖ 1º Encontro de Terapia Familiar e Intervenção Sistémica nos CSP com o tema “Crescimento na Mudança” que decorreu no dia 2 de dezembro de 2022 em Lisboa, organizado pelo Núcleo de Intervenção Sistémica e Familiar em contexto dos CSP(INSIF-CSP) (Anexo 9). O encontro promoveu momentos de discussão e reflexão sobre a Terapia Familiar Sistémica nos CSP tendo sido enriquecedor a troca de experiências relatadas pelos vários profissionais na prática clínica;
- ❖ 1º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, ACeS Maia/Valongo, realizado no dia 12 de dezembro de 2022 em formato online (Anexo 10). Permitiu aprofundar conhecimentos e realçar a importância da especialidade para a prática do EF através de projetos de intervenção na área de ESF;
- ❖ Seminário: “Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida” que decorreu no dia 26 de janeiro de 2023 em formato presencial e online na ESEnfC,

organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Pública Familiar e Comunitária, da ESEnfC (Anexo 11). Os desafios à família na contemporaneidade e contributos para o desenvolvimento da ESF pela prática baseada na evidência proporcionaram momentos de partilha de conhecimentos para a construção da prática especializada.

Foi um contributo importante para a minha formação pessoal e profissional, indo ao encontro do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como competência comum do EE.

CAPÍTULO II – ATIVIDADE NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo pretende apresentar as atividades realizadas no âmbito da investigação. Esta parte do relatório procura assim, descrever o desenvolvimento de um estudo sobre as interações familiares em famílias com adolescentes, de modo a explicar a justificação e enquadramento do problema, sendo o ponto de partida para a investigação, bem como desenvolver toda a componente empírica, com a apresentação e discussão dos resultados do presente estudo.

1 - JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

O enquadramento do problema caracteriza-se pela conceptualização/definição de um tema ou um domínio de investigação, iniciando-se quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Segundo Fortin (2009), a conceptualização é um processo que consiste numa forma ordenada de formular ideias e de as documentar sobre um determinado assunto, de modo a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.

As necessidades de saúde identificadas nas famílias com adolescentes descritas no capítulo anterior, bem como as necessidades percebidas ao longo dos estágios pela ausente ou pouca atividade diagnóstica de enfermagem documentada no SI relativamente à dimensão funcional, nas dimensões operativas do Processo Familiar, surgiram como mote para o desenvolvimento da atividade de investigação. Fortin (2009), salienta que qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, uma inquietação, que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Segundo a Pordata (2022), os adolescentes em Portugal (10-19 anos) representam 9,7% da população portuguesa. Tendo em vista a população adolescente inscrita na USF1 e USF2 representar respetivamente 10,4% e 9,7% do total da população inscrita de acordo com os dados recolhidos do RNU BI-CSP (SNS, 2022), reforça assim, a importância do investimento nos cuidados de saúde a estas famílias, de forma a trazer benefícios às gerações posteriores.

Face a estes dados e tendo em conta que o maior número de adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira orientadora cooperante se encontra no grupo etário dos 10- 13 anos

(Tabela 8, p. 45), emergiu a preocupação de desenvolver um estudo que visasse **identificar as necessidades das famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos a nível do funcionamento familiar** e descrever a perceção das famílias sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros.

A OE preconiza a importância da tomada de decisão para a identificação diagnóstica, pois a correta identificação das necessidades de cuidados, irá resultar numa prescrição de intervenções em colaboração com a família, adequadas para detetar precocemente potenciais problemas ou resolver os problemas atuais (Reg. nº367/2015). Neste sentido, a promoção da saúde assente no paradigma salutogénico, deve iniciar-se o mais cedo possível (OMS, 2018), sendo deste modo o início da adolescência (10-13 anos) um período de oportunidade primordial para promover no sistema familiar “ um novo equilíbrio entre os subsistemas, nomeadamente do subsistema parental e filial, a necessidade de alargamento dos espaços individuais e uma maior flexibilização das fronteiras por forma a promover a autonomia, independência e identidade do adolescente” (Vilar et al., 2022, p.264). A adolescência é uma fase da vida com especificidade que lhe confere a necessidade de uma atenção particular, este facto advém de um conjunto de mudanças, característica desta fase da vida. No decurso da adolescência ocorrem algumas das mais complexas modificações do ciclo vital, não só a nível físico, como também a nível psicológico e social, que assumem interpretações e significados diferentes, consoante os contextos socioculturais em que os adolescentes se encontram inseridos. É nesta fase que a construção da identidade se reveste de grande importância, sendo conseguida pelo afastamento progressivo em relação aos pais e pelo estreitamento de relações com o grupo de pares. A família tem um papel primordial a desempenhar na transição do adolescente para a idade adulta mantendo-se como um ecossistema importante na vida do adolescente e permanecendo influente no seu bem-estar e qualidade de vida, a nível orgânico, psicológico, moral, social e cultural (Rodriguez et al, 2002). Alarcão (2006), refere que esta etapa do ciclo de vida familiar é um período de grandes mudanças, sendo a etapa mais longa e difícil do ciclo vital, por exigir um permanente equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações de cada membro da família. Sendo assim, equacionado o equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade, com uma redefinição de regras e uma transformação da comunicação. Pretende-se desta forma, que o adolescente desenvolva uma independência crescente e os pais redirecionem a sua energia para a vida conjugal e carreira profissional, ocorrendo uma abertura da

família face ao exterior, tendo de existir uma harmonia entre as exigências do sistema familiar e dos seus membros individualmente (Alarcão, 2006). A família deve assim, adaptar-se a esta nova etapa do ciclo de vida familiar e saber balancear a permissividade, a compreensão e o carinho com a autoridade, de modo a manter-se coesa e a ajudar o adolescente a ultrapassar este período (Rodriguez et al, 2002). Segundo Menezes (2005), “se existe um domínio de mudança “evidente” durante a adolescência, tanto do ponto de vista dos adolescentes como dos seus pais, é o das relações familiares” (p.104).

As interações familiares são fatores bastante influentes no desenvolvimento psicológico do adolescente. Segundo estudos de vários autores, as perceções das atitudes parentais podem ser mais importantes para os adolescentes do que o comportamento dos pais em si (Cavaco, 2010). Cordeiro (2009) destaca a necessidade de atenção para as repercussões, cada vez maiores, que tem a vivência familiar no desenvolvimento do adolescente, considerando que representa um suporte existencial relativamente ao apoio afetivo e económico. Ao longo da adolescência, as relações pais-filhos sofrem grandes alterações, sendo este processo muitas vezes conflituoso, uma vez que os filhos querem ser mais autónomos e os pais têm dificuldade em lidar com esta nova situação. O adolescente deseja tornar-se autónomo, mas ao mesmo tempo, continua a sentir a necessidade da segurança que a família lhe transmite. A entrada de um filho na adolescência provoca modificações em toda a dinâmica familiar, a relação entre pais-filhos altera-se e assiste-se à necessidade de adequar os papéis (Fonseca, 2012). O autor considera ainda, que a adolescência possui duas grandes tarefas, a construção da autonomia e a construção da identidade. É nesta fase que os pais passam a ser figuras de vinculação na “retaguarda”, tendo de aprender a ser pais de filhos que estão em mudança, em transformação para a nova etapa - fase adulta, de modo a deixá-los tornarem-se mais autónomos, e de forma a alcançarem a sua verdadeira identidade (Alarcão, 2006). As famílias com adolescentes, constituem assim, um grupo vulnerável, pelo que, as políticas de saúde e a construção de planos e programas de saúde tem vindo a demonstrar a necessidade de intervir nesta área. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) denota essa preocupação, com um novo enfoque nas questões relacionadas com as perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência (DGS, 2013), sem, contudo, orientar para o contexto familiar.

A OMS (2018), salienta ainda a importância a nível mundial de dar particular atenção aos adolescentes, como investimento na sua saúde atual e futura e em termos intergeracionais,

garantindo o cumprimento dos Direitos Humanos, de acessibilidade aos cuidados e de atingir o mais elevado nível de saúde possível, preconizado na Convenção dos Direitos da Criança, assim como, a redução da morbidade e mortalidade. Refere ainda que promover a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, significa a realização do seu total potencial, orientando a sua saúde e necessidades desenvolvimentais e salvaguardando os seus direitos. Deste modo, a saúde dos adolescentes é considerada uma prioridade. Segundo o relatório Mundial de Saúde, estima-se que 10,0 a 20,0% das crianças e adolescentes tenham um ou mais problemas de saúde mental (DGS, 2013). Dados da OMS (2018), revelam que metade dos problemas de saúde mental na idade adulta começam a manifestar-se aos 14 anos sem que a maioria seja detetada ou tratada adequadamente. Os adolescentes são de uma forma geral saudáveis. De acordo com os dados nacionais do relatório do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) (2022), relativamente à perceção da sua saúde, os adolescentes portugueses afirmam que gozam de excelente (31,3%) ou boa saúde (51,3%) recorrendo pouco aos serviços de saúde para vigilância ou por preocupações com a promoção da saúde. Deste modo, o hábito socialmente instituído de vigilância de saúde nos primeiros anos, vai assim, progressivamente, diminuindo a partir da idade escolar. Sendo aludido por parte dos adolescentes a procura de cuidados relativos à proteção da saúde e prevenção da doença pela referência à vacinação associada à vigilância de saúde (Gaspar, Guedes, Cerqueira, Matos & Aventura Social, 2022; Vinagre & Barros, 2017).

O EEESF necessita, portanto, de conhecer e compreender as interações familiares, a partir das relações entre os membros da família, a sua estrutura e dinâmica, fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012). É importante que os EEESF disponibilizem especial atenção a esta etapa do ciclo de vida. E, por conseguinte, promovam uma adequada transição para a adolescência, potencializando as competências da família na gestão dos seus processos de saúde, contribuindo assim, para a implementação de intervenções em colaboração com a família, que se traduzam em ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, e conseguir deste modo, alcançar a mudança com benefícios no futuro.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a construção de um projeto de melhoria contínua na área de ESF dirigido às famílias com adolescentes promovendo o desenvolvimento da prática de enfermagem especializada na área da saúde familiar.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação científica permite o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, de modo a melhorar as práticas clínicas. Polit e Beck (2019), definem a pesquisa em Enfermagem como uma investigação sistemática, que através da utilização de métodos organizados, torna possível a obtenção de dados fidedignos sobre temáticas importantes para e sobre o exercício profissional.

Neste subcapítulo, será apresentada uma descrição detalhada sobre o modo como a atividade de investigação foi realizada, designadamente, o tipo e desenho do estudo, a população, os procedimentos para a recolha de dados, bem como as considerações formais e éticas inerentes ao seu desenvolvimento, o tratamento e análise dos dados.

2.1 - TIPO E DESENHO DO ESTUDO

Segundo Fortin (2009), o desenho do estudo “é um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder suscetível de levar à realização dos objetivos, que são encontrar respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses” (p.54). Um estudo harmonioso pressupõe, um estado de concordância entre a aplicação de preceitos mais ou menos determinados por um método e o envolvimento de uma certa quantia de novidade, promovendo assim, um maior conhecimento científico sobre determinada problemática (Vilelas, 2022).

De acordo com a problemática foi definida a seguinte questão de investigação: *Quais as necessidades das famílias com adolescentes, no que respeita às suas relações e interações entre os membros da família?* foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar a funcionalidade e o desenvolvimento das famílias com adolescentes;
- Identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentam fragilidade e as áreas com potencialidade;
- Descrever a perceção das famílias sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com um paradigma de investigação predominantemente quantitativo, sendo possível traduzir em números as opiniões e as informações, de forma a serem classificadas e analisadas (Vilelas, 2022), embora inclu

também duas questões de resposta aberta de carácter qualitativo para descrever a perceção das famílias sobre os fatores que influenciam a sua interação familiar. Segundo Vilelas (2022), “centra-se no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (p.199).

Neste estudo, ao pretender identificar as necessidades das famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos, no que respeita às suas relações e interações entre os seus membros, e a sua perceção relativamente às dificuldades e forças que possam influenciar a sua interação, vai-se ao encontro de um estudo do tipo transversal e descritivo. É classificado como descritivo, porque visa descrever e determinar a ocorrência de fenómenos existentes e transversal porque a avaliação foi realizada num determinado momento temporal definido (Fortin, 2009).

2.2 - POPULAÇÃO

Segundo Vilelas (2022), “a população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (p.179).

Fortin (2009) define ainda população alvo e população acessível considerando que “a população alvo é toda a população que o investigador quer estudar (...), a população acessível diz respeito, à porção da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser delimitada a uma zona, cidade ou estabelecimento, entre outros” (p. 41).

A população-alvo deste estudo são as famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos inscritas na USF 2. Aquando da realização do levantamento inicial, identificaram-se 84 famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, constituindo assim a população do estudo.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida; Famílias com pelo menos um adolescente com idade entre os 10-13 anos; Famílias com pelo menos um membro do subsistema parental, e pelo menos um membro do subsistema filial com idade entre os 10-13 anos presentes na consulta para recolha de dados.

Quanto aos critérios de exclusão, estes foram: Famílias que residem no estrangeiro; Famílias sem contacto com a USF há mais de 5 anos; Famílias após duas tentativas de contacto telefónico sem sucesso.

2.3 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Em investigação, o processo de recolha de dados consiste em recolher de forma sistemática a informação desejada, tendo em conta o fenómeno, os objetivos e as características da população-alvo, selecionando para isso os instrumentos mais adequados para o estudo que se pretende realizar. Deste modo, “um instrumento de recolha de dados é, em princípio, qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” (Fortin, 2009; Vilelas, 2022, p.331).

Para o presente estudo, optou-se pela aplicação de um questionário, baseado na matriz operativa do MDAIF, incluindo também duas questões de resposta aberta, proporcionando assim uma variedade mais ampla de respostas, na medida em que podem ser emitidas de forma livre por quem responde (Vilelas, 2022). Simultaneamente foram aplicadas duas escalas de autopreenchimento, constituindo assim, o tipo de instrumentos mais adequados à recolha dos dados atendendo a que são instrumentos que visam a obtenção de informação permitindo ao indivíduo diversas opções entre uma série graduada que lhe é proposta (Vilelas, 2022). O questionário utilizado foi composto por três partes: a primeira relativa às características sociodemográficas das famílias (nomeadamente: agregado familiar, idade, escolaridade e profissão); a segunda à avaliação das dimensões operativas do Processo Familiar (recolha de dados relativamente à Comunicação Familiar, ao *Coping* Familiar, à Interação de Papéis Familiares e à Relação Dinâmica); e a terceira com duas questões de resposta aberta direcionadas à família relativa às forças e dificuldades que estas percecionam e que possam influenciar as interações entre os seus membros (Apêndice I).

No âmbito do MDAIF e para proceder à avaliação familiar recorre-se aos seguintes instrumentos: escala de Graffar (Graffar, 1956) (versão adaptada de Amaro, 2001); Apgar Familiar de *Smilkstein* (Smilkstein, 1978) (versão portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988) e escala *FACES II* (Olson et al., 1983) (versão portuguesa de Fernandes, 1995).

A escala de Graffar é um método de estratificação social em que se avaliam as condições socioeconómicas da família, o que permite identificar a sua classe social e avaliar condições de risco, bem como, alterações ao nível dos comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial. Esta escala baseia-se, não apenas numa característica social da família, mas num conjunto de 5 critérios: profissão; nível de instrução; fontes de rendimento familiar; tipo de habitação e local de residência. Para cada critério, são

descritos 5 itens e para cada item uma pontuação que varia de 1 a 5 pontos. As famílias são assim classificadas em 5 escalões: classe I - Alta; classe II – Média Alta; classe III – Média; classe IV – Média Baixa e classe V – Baixa (Anexo 12). Com a identificação da classe social da família, é possível perceber se o seu estatuto socioeconómico como determinante de saúde, constitui um constrangimento em termos de acessibilidade a recursos de saúde e à manutenção do bem-estar familiar (Sousa et al., 2010).

A avaliação da classe social mostra-se assim pertinente, na medida em que de acordo com Figueiredo (2012, p.75), “a classe social influencia a forma como as famílias se organizam, (...) e como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais (...)”. Deste modo, foi utilizada a escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001), como instrumento de avaliação familiar disponível no SClínico.

A utilização do Apgar Familiar, enquanto instrumento de avaliação familiar, criado por Gabriel Smilkstein (1978) e adaptada para a população portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988), contribuiu para a caracterização do contexto familiar (Anexo 13). O objetivo desta escala é avaliar a perceção dos membros relativamente à funcionalidade da família, tendo em conta cinco dimensões: adaptação, participação, crescimento, afeto e dedicação, devendo ser aplicada a cada um dos membros do agregado familiar. Permite-nos considerar as famílias como altamente funcionais, com moderada disfunção e com disfunção acentuada (Rebelo, 2018). Neste sentido o ideal seria a sua aplicação a cada membro da família para que posteriormente, comparando os scores de cada membro, se proceder à avaliação final sobre o estado funcional da família. Não sendo possível contactar com todos os elementos da família, foi aplicada a cada elemento presente em consulta, considerando assim a perceção de cada um deles. A avaliação foi feita por meio de questionário de autopreenchimento contendo cinco perguntas referentes aos aspetos referidos, as quais serão pontuadas e analisadas posteriormente. A cada pergunta correspondem três possibilidades de resposta com um score variável entre 0 e 2 pontos. Neste sentido, um resultado entre 7-10 pontos corresponde a um entendimento da família como altamente funcional; entre 4-6 pontos a uma família moderadamente funcional e entre 0-3 pontos uma família com disfunção acentuada.

A escala *FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II)*, é um questionário individual de autoavaliação que visa avaliar a coesão da família, isto é, mede os laços emocionais entre cada membro, e a adaptabilidade, ou seja, a capacidade da

família para se adaptar aos acontecimentos e modificar a sua estrutura perante uma situação de crise. Permite também avaliar o tipo de família resultante do tipo de coesão e adaptabilidade demonstrados, de acordo com o modelo Circumplexo de Olson (Olson et al., 1991).

Foi utilizada a *FACES II* adaptada, versão Portuguesa de Otilia Fernandes (1995), constituída por 30 itens, dos quais 16 pertencem à dimensão da coesão e os restantes 14 à dimensão da adaptabilidade, sendo cada questão respondida numa escala de 1 a 5 (quase nunca, de vez em quando, às vezes, muitas vezes e quase sempre) sendo as respostas dos membros da família avaliados em scores de acordo com os cálculos efetuados (Anexo 14). Neste sentido, compreende-se que pontuação intermédia nas dimensões da coesão e adaptabilidade indicam sistemas familiares equilibrados, enquanto pontuações extremas, apontam para um sistema familiar desequilibrado. Com efeito, a utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias com valores mais equilibrados são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais extremas (Olson, 2000). Segundo Figueiredo (2009), e de acordo com o MDAIF, as famílias são classificadas quanto à coesão, adaptabilidade e tipo família, tendo em conta os scores da escala *FACES II*, conforme se pode observar na Tabela 23.

A escala foi aplicada a todos os elementos das famílias presentes na consulta de enfermagem, partindo do pressuposto, de que os membros da família têm visões distintas do seu sistema familiar, daí a importância, desta ser aplicada a todos os membros da família (com mais de 12 anos), no sentido de se perceber a complexidade do sistema familiar (Olson, Bell & Portner, 1983; Shek, 1997). O tempo de aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi aproximadamente de 30 minutos.

Tabela 23 - Scores da escala *FACES II* quanto à coesão, adaptabilidade e tipo de família

Score	Coesão	Score	Adaptabilidade	Score	Tipo Família
8	Muito Ligada (Emananhada)	8	Muito Flexível	8	Muito Equilibrada
7		7		7	
6	Ligada	6	Flexível	6	Equilibrada
5		5		5	
4	Separada	4	Estruturada	4	Meio-Termo
3		3		3	
2	Desmembrada	2	Rígida	2	Extrema
1		1		1	

Fonte: Adaptado de Olson et al., 1991

2.4 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

A investigação coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos, sendo que o investigador terá de ter responsabilidade no respeito pelos direitos, liberdade e dignidade das pessoas (Fortin, 2009). De acordo com Vilelas (2022), “as questões éticas têm de estar sempre presentes no espírito do investigador” (p.468). Após o desenho inicial do estudo, foi pedida autorização ao Coordenador da USF 2, tendo sido autorizada (Apêndice II) e submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC, tendo sido obtido parecer favorável mediante a condição de solicitar parecer à Comissão de Ética da ARS do Centro (Apêndice III). Desta forma, foi submetido pedido de apreciação pela Comissão de Ética da ARS do Centro, que deu o seu parecer favorável para a aplicação do mesmo. Após estes procedimentos foi ainda solicitado o acesso aos dados das famílias pela enfermeira orientadora cooperante através da submissão de formulário próprio à ARS do Centro (Apêndice IV).

Depois das autorizações formais das Comissões de Ética foi iniciado o processo de recolha de dados que decorreu até final de fevereiro de 2023. O acesso ao processo familiar das famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos do ficheiro da enfermeira orientadora cooperante, foi realizado através do SI SClínico de modo a aceder e convidar a população (84 famílias) a participar no estudo.

Às famílias com consulta já programada na unidade funcional, foi proposto pessoalmente a participação no estudo. As famílias sem consulta programada foram contactadas telefonicamente pela enfermeira orientadora cooperante e realizada proposta de consulta de enfermagem na USF ou consulta em visita domiciliária.

Tendo em conta os princípios éticos, todas as famílias participantes no estudo foram informadas e esclarecidas, sobre os objetivos do estudo e da sua participação no mesmo, e que a sua escolha envolverá uma participação voluntária, tendo em conta que a participação dos adolescentes será sob o consentimento dos pais/tutores devido à idade (até aos 13 anos inclusive), sendo fornecido o termo de consentimento informado, livre e esclarecido. A obtenção do mesmo, foi dada por um dos membros do subsistema parental (pai/mãe/tutor) que consente pela família (Apêndice V). Foram esclarecidas todas as questões colocadas e solicitado a assinatura do consentimento. Entendemos ter sido assegurado o direito à autodeterminação, ressaltando o direito de a família poder

abandonar a investigação em qualquer momento do estudo, sem prejuízo ou penalidade para os próprios.

De seguida foi aplicado o questionário dirigido à família e solicitado preenchimento das escalas para avaliação familiar a cada membro da família presente. De forma a garantir o direito ao anonimato e à confidencialidade, aquando da recolha de dados através de questionários aplicados às famílias, procedeu-se à sua codificação atribuindo um código de identificação a todos os questionários: F1 a F50, pelo que os dados fornecidos pelas famílias não contemplavam o nome, nem outra informação que os permitisse identificar, de modo a garantir que as respostas não possam identificar os membros da família. Assim, tanto a lista de descodificação, como os dados recolhidos durante todo o processo de análise e tratamento dos dados serão apenas do meu conhecimento e da enfermeira orientadora cooperante e ficaram na posse da mesma sendo destruídos após o término do estudo de investigação.

Relativamente aos instrumentos de avaliação familiar utilizados, foi solicitada autorização para a utilização da escala *FACES II*, adaptada à população portuguesa, à Professora Doutora Otília Fernandes que autorizou a utilização da mesma (Apêndice VI). A escala de Graffar adaptada e a escala de Apgar Familiar de *Smilkstein* encontram-se parametrizadas no aplicativo SClínico do sistema informático, estando disponíveis para preenchimento pelos profissionais de saúde, sendo a sua utilização livre.

2.5. - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Tendo em conta os critérios de exclusão descritos anteriormente, foram eliminadas 9 famílias: 3 encontravam-se a residir no estrangeiro, 4 não tinham contacto com a USF há mais de 5 anos, 1 família estava institucionalizada e outra encontrava-se em processo de transferência para outra unidade de saúde. As famílias foram contactadas previamente pela enfermeira orientadora cooperante (por telefone ou presencialmente na USF) para solicitar a sua participação no estudo. Após este primeiro contacto, 11 famílias recusaram participar no estudo de investigação. As que aceitaram participar, foi realizado contacto telefónico pela investigadora e agendada consulta de enfermagem no SClínico a realizar na USF, de acordo com a preferência e disponibilidade da família. Faltaram ao agendamento 16 famílias, as quais foram de novo contactadas e reagendadas. 4 famílias faltaram após reagendamento, tendo sido excluídas do estudo. Foram também motivo de exclusão 9 famílias após duas tentativas de contacto sem sucesso. No decurso deste

processo de recolha de dados, uma das famílias foi transferida para outra unidade no norte do país. Assim, a população disponível e acessível passou a ser constituída por 50 famílias.

Relativamente ao tratamento dos dados, as respostas da 1ª parte do questionário referentes à caracterização sociodemográfica das famílias foram convertidas em tabelas utilizando o programa Microsoft Excel, a fim de permitir uma rápida observação dos resultados (Fortin, 2009). O tratamento estatístico numa investigação, consiste em organizar, clarificar e codificar os dados recolhidos de modo a permitir a análise dos mesmos e apresentá-los como um todo integrado, lógico e compreensível (Polit & Beck, 2019). A elaboração da matriz de dados e respetivo tratamento e processamento dos dados foram efetuados com recurso ao programa informático IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 24. A análise estatística realizada comporta uma análise descritiva que consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados, tabelas, gráficos e indicadores numéricos de modo a responder a questões concretas, interpretando de modo adequado toda a informação disponível (Vilelas, 2022). Deste modo, nos dados relativos às questões fechadas, recorreu-se a medidas estatísticas descritivas como as frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como medidas de tendência central como a média (M), medidas de dispersão [Desvio Padrão (DP)] e valores mínimo (Xmin) e máximo (Xmax).

Os resultados obtidos decorrentes das questões de resposta aberta, permitiram obter respostas dos participantes em que eles utilizam as suas próprias palavras, expressando as suas perspetivas pessoais. Procedeu-se à codificação das respostas e à categorização. Segundo Bardin (2018), a codificação é o processo pelo qual os elementos em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características do conteúdo. Deste modo, classificou-se as respostas das famílias que foram objeto de análise, atribuindo-lhes o respetivo número de ordem. Na análise em questão, cada narrativa descrita pela família constitui uma unidade de registo. A categorização foi realizada com definição de categorias à *priori*, que de acordo com Bardin (2018), são definidas antes da análise, a partir de referencial teórico ou modelos conceptuais, pelo que o título conceptual de cada categoria é definido antes da operação repartindo depois os elementos em análise. Assim, a informação foi analisada com base nas categorias pré-definidas de acordo com o MDAIF relativas às dificuldades e fatores facilitadores na interação entre os membros da família.

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os objetivos definidos para esta investigação, bem como os métodos selecionados para os alcançar, o presente capítulo pretende apresentar e discutir os resultados obtidos ao longo de todo o processo. Deste modo, serão descritos os principais resultados encontrados e, de forma a facilitar a sua descrição e interpretação, serão organizados por subcapítulos, em que cada um corresponde aos instrumentos utilizados para a sua recolha: caracterização sociodemográfica da população; avaliação da família na dimensão funcional na área de atenção Processo Familiar nas dimensões operativas (comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis e relação dinâmica); escala de Graffar (versão adaptada de Amaro, 2001); escala de Apgar Familiar de *Smilkstein* (versão portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988); escala *FACES II* (versão portuguesa de Fernandes, 1995); aspetos facilitadores e dificuldades sentidas pela família na interação entre os membros. Estes serão posteriormente discutidos com base nas evidências científicas.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

A população foi caracterizada de acordo com as variáveis sociodemográficas selecionadas (tipo de família, agregado familiar, idade, habilitações literárias e profissão).

Quanto à configuração familiar, como se pode verificar na Tabela 24, a maioria das famílias participantes (72,0%) situa-se na tipologia família nuclear (n=36), seguindo-se a família monoparental (n=8) com 16,0%, 5 famílias são do tipo reconstituída (10,0%) e uma apresenta-se como alargada (2,0%).

Tabela 24 - Caracterização da população quanto à configuração familiar

Configuração Familiar	n	%
Nuclear	36	72,0
Reconstituída	5	10,0
Alargada	1	2,0
Monoparental	8	16,0
Total	50	100

Verifica-se na distribuição segundo a variável agregado familiar, uma prevalência das famílias com 2 ou mais filhos (74,0%) em relação às famílias com filho único (26,0%). Destacam-se com 92,0% as famílias cuja mãe enquanto membro do subsistema parental,

esteve presente na consulta (n=46), sendo que os restantes 8,0% das famílias tiveram como membro parental presente, o pai (n=4).

Relativamente à idade, os elementos do agregado familiar encontram-se distribuídos entre os 2 e os 67 anos, com maior incidência nos grupos etários dos [10-20[anos (34,4%), dos [40-50[com 30,2% e 13,2% no grupo etário dos [0-10[anos, conforme a Tabela 25.

Tabela 25 - Caracterização dos elementos do agregado familiar quanto à idade (grupo etário)

Grupo Etário	n	%
[0 - 10[	25	13,2
[10 - 20[	65	34,4
[20 - 30[	5	2,6
[30 - 40[	20	10,6
[40 - 50[	57	30,2
[50 - 60[	15	7,9
[60 - 70]	2	1,1
Total	189	100

Quanto às habilitações literárias é possível verificar que, dos 92 elementos parentais que constituem as famílias participantes, apresentam na sua maioria formação superior, licenciatura (53,3%) e 19,6% concluíram o ensino secundário (Tabela 26).

Tabela 26 - Caracterização dos elementos parentais quanto às habilitações literárias

Habilitações Literárias	n	%
2º Ciclo Ensino Básico	2	2,2
3º Ciclo Ensino Básico	8	8,7
Ensino Secundário	18	19,6
Bacharelato	1	1,0
Licenciatura	49	53,3
Mestrado	9	9,8
Doutoramento	5	5,4
Total	92	100

No que se refere à variável profissão e de acordo com a Tabela 27, foi utilizada segundo o INE (2011), a classificação portuguesa das profissões, sendo o grupo mais representativo na caracterização das famílias, composto pelas profissões exercidas como especialistas das atividades intelectuais e científicas (50,0%). Destacam-se também os técnicos e profissionais de nível intermédio e os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores com 17,4% das famílias a exercerem a sua atividade profissional nestas áreas. Três famílias apresentam 1 elemento parental desempregado.

Tabela 27 - Caracterização dos elementos parentais quanto à profissão

Profissão	n	%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	46	50,0
Pessoal administrativo	9	9,8
Profissões das Forças Armadas	1	1,1
Técnicos e profissões de nível intermédio	16	17,4
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	16	17,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	4	4,3
Total	92	100

A classificação da classe social foi obtida em todas as famílias estudadas (Tabela 28). Verificou-se que 58,0% das famílias são de classe média alta (II), 26,0% são de classe média (III) e 14,0% de classe alta (I). 2,0% das famílias são identificadas como sendo de classe média baixa (IV).

Tabela 28 – Caracterização das famílias segundo a classe social (Graffar adaptado)

Classe Social da Família	n	%
Classe I - Alta	7	14,0
Classe II - Média Alta	29	58,0
Classe III - Média	13	26,0
Classe IV - Média Baixa	1	2,0
Total	50	100

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica da população em estudo, revelam que a tipologia familiar mais representada é a família nuclear (72,0%), destacando-se as famílias com 2 ou mais filhos (74,0%). Os resultados obtidos no estudo são congruentes com outros estudos realizados com famílias de adolescentes. Um estudo de Martins et al. (2016) sobre a promoção da saúde nas famílias com adolescentes e jovens de Vila Nova de Famalicão evidencia que a maioria dos adolescentes/jovens (65,7%) vivem com os pais. Outro estudo desenvolvido por Trinco e Santos (2019), destaca a família nuclear como a tipologia mais prevalente na caracterização destas famílias, sendo o agregado familiar mais comum constituído por 4 elementos, na sua maioria pai, mãe e 2 filhos. Com o aparecimento de novas configurações familiares, o tipo de família nuclear deixou de ser o modelo de referência, no entanto, mantém-se como o mais atual e presente na nossa sociedade (Bispo et al., 2022). Relativamente à idade dos pais, a maioria (30,2%) encontram-se no grupo etário entre os 40 e os 50 anos e com um nível de escolaridade de licenciatura (53,3%). A idade dos pais entrevistados no estudo desenvolvido por Trinco

e Santos (2019), situa-se na sua maioria entre os 41 e os 50 anos (52,6%), dados em concordância com os resultados do presente estudo. Relativamente às habilitações literárias, o ensino secundário é o nível de escolaridade mais comum em ambos os progenitores (Trinco & Santos, 2019) o que não se verificou no estudo realizado. No que se refere à variável profissão dos elementos parentais, 50,0% desempenham as suas funções como especialistas das atividades intelectuais e científicas. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de o estudo ter sido realizado num meio urbano com uma população mais instruída, podendo as famílias mais rurais apresentarem níveis de escolaridade inferiores (Trinco & Santos, 2019).

A maioria das famílias apresentam um nível socioeconómico médio alto (58,0%). De acordo com Figueiredo (2012), o nível socioeconómico influencia as opções e recursos das famílias para lidarem com os desafios normativos e as crises do ciclo de vida familiar. Em 92,0% das famílias foram as mães (membro do subsistema parental) que estiveram presentes na consulta juntamente com os filhos, indo assim, ao encontro de vários estudos, que demonstram que são as mães quem mais acompanha os filhos nos serviços de saúde (Cardoso, 2010; Sousa, 2012; Trinco & Santos, 2019; Monteiro, 2021).

3.2 - AVALIAÇÃO FAMILIAR NA DIMENSÃO FUNCIONAL - ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR

No âmbito da dimensão funcional, como aspeto expressivo de funcionamento familiar, o foco de atenção são os padrões de interação entre os membros da família e o desempenho das suas tarefas e funções (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012). De acordo com o MDAIF, a definição Processo Familiar enquanto área de atenção familiar, enfatiza a dimensão expressiva, cujo padrão transicional caracteriza a sua complexidade funcional (centrado nos padrões de interação familiar) (Figueiredo, 2012).

Foi avaliada a área de atenção Processo Familiar a todas as famílias participantes, tendo como foco de ESF as seguintes dimensões operativas: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares e relação dinâmica (Figueiredo, 2012), abrangendo assim, a complexidade inerente das relações e interações entre os membros da família.

Relativamente aos instrumentos de avaliação, estes foram aplicados a todas as famílias avaliadas, permitindo deste modo, um entendimento global e orientador face às dimensões familiares.

3.2.1 - Comunicação Familiar

No que concerne à comunicação familiar, esta está dividida em três categorias avaliativas: a comunicação emocional, a comunicação verbal / não verbal e a comunicação circular (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012). Figueiredo (2009) refere que, “a relação qualifica o sistema familiar, encontrando-se os seus membros num processo de comunicação constante, cuja natureza da sua expressão emocional influencia o estabelecimento de um padrão interaccional funcional” (p. 293).

Relativamente à comunicação emocional, e através da análise da Tabela 29 (p. 99), pode-se verificar que quem expressa mais os sentimentos nas famílias inquiridas é a mãe com 58,0% (n=29). Estes resultados sugerem que as mães expressam mais as emoções do que os pais, tendo assim um importante papel na socialização da expressão emocional dos filhos uma vez que as mães se mostram mais habituadas a lidar com as emoções, tanto pelo seu papel nos comportamentos de socialização emocional, como também pelas suas capacidades emocionais enquanto mulheres (Garner, Robertson & Smith, 1997; Marques, 2017). Contudo no subsistema parental, o pai é referido como o elemento que expressa mais os sentimentos em 3 famílias (6,0%). Garner, Robertson e Smith (1997) acrescentam ainda que mesmo não expressando tanto as emoções como as mães, a contribuição do pai na aprendizagem emocional dos filhos é igualmente importante.

No que respeita ao modo como se expressam os sentimentos, 66,0% (n=33) estão satisfeitos, contudo 34,0% das famílias (n=17) não se encontra satisfeita, destacando-se como motivos dessa insatisfação: a comunicação expressiva por parte dos membros da família em 41,2%; as dificuldades na comunicação expressiva (41,2%); e a expressão de sentimentos de modo negativo referidas em 17,6% das famílias.

Quanto à aceitação da família relativamente à expressão de sentimentos dos seus membros, 90,0% (n=45) referem que existe aceitação. Dos 10,0% (n=5) que referem não existir aceitação, 3 famílias indicam a demonstração de sentimentos como a raiva e a frustração de modo negativo e 2 famílias manifestam que as expressões dos sentimentos dos seus membros geram conflitos entre eles.

Relativamente ao impacto que os sentimentos de cada um tem na família, 90,0% referem um impacto favorável, sendo que para 10,0% não é percecionado como tal, na medida em que 3 famílias mencionam o modo como os sentimentos de cada um interfere com os outros membros, uma manifesta o divórcio do casal e outra não especifica.

É a partir da comunicação que a família constrói e organiza a sua relação, qualificando e caracterizando o sistema familiar, traduzindo-se na configuração do relacionamento entre os membros do sistema (Dias, 2001).

Em relação à comunicação verbal e não verbal, a maioria (92,0%) (n=46) refere entender de forma clara o que os outros dizem, ao contrário de 8,0% que manifesta dificuldade a nível da comunicação recetiva (n=4) e 12,0% (n=6) considera que nem todos se expressam claramente quando querem comunicar, demonstrando uma comunicação verbal e não verbal não eficaz (Figueiredo, 2012). 88,0% expressa-se claramente na comunicação.

Segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (2002), “os seres humanos comunicam digital e analógicamente” (p.61). O processo de comunicação é assim constituído pela comunicação digital (linguagem verbal) e analógica (linguagem não verbal), visto que a digital é habitualmente utilizada para comunicar informação (conteúdo) e a analógica para transmitir dados acerca do nível da relação, sendo determinante no modo como o ser humano perceciona a realidade e como a co-constrói, permitindo assim a avaliação da comunicação nos seus aspetos de conteúdo e relação que integram o padrão de interação (Alarcão, 2006; Maturana & Varela, 2005; Figueiredo, 2012).

No que respeita à comunicação circular, 56,0% das famílias inquiridas mostram insatisfação por parte dos membros da família sobre a forma como comunicam uns com os outros. A pouca disponibilidade para a comunicação (n=11) e as dificuldades percecionadas (n=10) são as razões mais apontadas para não se sentirem satisfeitos com a comunicação praticada na família. As famílias referem a necessidade de um diálogo mais claro e uma maior partilha de momentos de comunicação como aspetos importantes a ter em conta para a satisfação dos membros relativamente à forma como se comunica na família.

Quanto ao impacto que tem na família a forma como cada um se expressa, 88,0% (n=44) referem que este impacto é favorável e 12,0% (n=6) diz ser não favorável. Deste modo, pode-se verificar que 34,0% das famílias apresentam alteração na comunicação emocional, 12,0% na comunicação verbal/não verbal e 56,0% apresenta a comunicação

circular comprometida, inferindo assim, uma comunicação familiar não eficaz de acordo com os critérios diagnósticos baseados no MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 29 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Comunicação Familiar nas suas categorias avaliativas

Comunicação Familiar			
Comunicação Emocional		n	%
Quem na família expressa mais os sentimentos	Pai	3	6,0
	Mãe	29	58,0
	Filho1	1	2,0
	Filha1	6	12,0
	Filho2	2	4,0
	Filha2	3	6,0
	Filhos	1	2,0
	Mãe e Filho1	1	2,0
	Mãe e Filha1	1	2,0
	Mãe e Filha2	3	6,0
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos	Sim	33	66,0
	Não	17	34,0
Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros	Sim	45	90,0
	Não	5	10,0
Impacto que os sentimentos de cada um têm na família	Favorável	45	90,0
	Não Favorável	5	10,0
Comunicação Verbal/Não Verbal		n	%
Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, cada um compreende de forma clara o que os outros dizem?	Sim	46	92,0
	Não	4	8,0
Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros?	Sim	44	88,0
	Não	6	12,0
Comunicação Circular		n	%
Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família	Sim	22	44,0
	Não	28	56,0
O impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	Favorável	44	88,0
	Não Favorável	6	12,0

3.2.2 - *Coping* Familiar

O *coping* familiar é definido pelo uso de estratégias e recursos permitindo a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos fatores geradores de *stress* intra ou extra-familiares, aludindo à capacidade da família para dar uma solução eficaz aos próprios problemas (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

É possível verificar através da Tabela 30 (p. 101), que quando questionados os elementos da família sobre quem na família habitualmente identifica os problemas, 58,0% (n=29) refere a mãe, seguidos pelo casal com 18,0% (n=9) e pelo pai com 12,0% (n=6). Na questão sobre quem tem a iniciativa para resolver os problemas, é a mãe que mais uma vez se destaca com 60,0% (n=30), seguida pelo pai com 16,0% (n=8). Quando se reporta para o facto de existir ou não discussão dos problemas em família, todas as famílias referem que existe discussão. Funcionando deste modo, como forças da família. No que diz respeito à satisfação que os membros da família sentem com a forma como se discutem os problemas, 96,0% (n=48) mostram-se satisfeitos. Em contrapartida 4,0% (n=2) referem não estar satisfeitos, relacionando esta insatisfação com o facto de terem perceções diferentes dos problemas (1 família) e na solução do problema (1 família). Relativamente à procura da família por outros recursos externos para a resolução de problemas, 74,0% (n=37) referem recorrer, maioritariamente à família extensa (25 famílias), seguidas da família extensa e amigos, e profissionais de saúde com 3 famílias, respetivamente, a procurar estes recursos externos para resolver os seus problemas. Estudos apontam que as estratégias de *coping* adotadas pelas famílias permitem aos seus membros emergir das crises com novas competências e relacionamentos com maior proximidade, o que pode predizer um aumento do bem-estar psicológico (Tugade, Fredrickson & Feldman-Barret, 2004). De acordo com os resultados obtidos, 26,0% não recorre a recursos externos na resolução de problemas. Gottlieb (2016) reforça a ideia que a família tem de reconhecer a sua necessidade para um recurso particular, reconhecer quem e que serviços estão disponíveis para servir como recurso, saber como acedê-los, e depois usá-los para cumprir os seus objetivos. Outros estudos evidenciam também, que a existência de estratégias de *coping* e de solução de problemas não assegura uma boa adaptação, embora identificá-las permite apresentar quais os recursos que podem ser utilizados para tornar o processo gerenciável para o esquema familiar (Braga et al., 2021). 98,0% das famílias (n=49) afirmam ter tido experiências anteriores positivas na resolução

de problemas, apesar de grande parte delas (33 famílias) não especificar as experiências vivenciadas. Outras enunciam como positivo terem ultrapassado um problema de saúde (6), bem como problemas relacionados com o desempenho escolar dos filhos (3), a gestão do tempo e horários (3), o divórcio (1). O apoio familiar é também referido por 3 famílias como suporte positivo na solução de problemas, estes resultados reforçam assim e de acordo com Vilar et al. (2022), a importância de determinar se a família apresenta capacidade de resolução de problemas anteriores, uma vez que, em conjunto com as experiências bem-sucedidas, são um indicador da sua capacidade de resolução de problemas.

Pode-se observar, que 4,0% das famílias não estão satisfeitas com a forma como se discutem os problemas, 26,0% não recorre a recursos externos e 2,0% não refere ter tido experiências anteriores positivas, pelo que, e de acordo com os critérios diagnósticos segundo o MDAIF, inferem *coping* familiar não eficaz (Figueiredo, 2012).

Tabela 30 - Caraterização das famílias quanto à dimensão *Coping* Familiar nas suas categorias avaliativas

<i>Coping</i> Familiar		n	%
Quem na família habitualmente identifica os problemas?	Pai	6	12,0
	Mãe	29	58,0
	Filha1	1	2,0
	Mãe e Filho1	3	6,0
	Mãe e Filha 2	1	2,0
	Casal	9	18,0
	Todos	1	2,0
Quem tem a iniciativa para os resolver?	Pai	8	16,0
	Mãe	30	60,0
	Mãe e Filha 1	2	4,0
	Mãe e Filha 2	1	2,0
	Casal	7	14,0
	Todos	1	2,0
	Casal e Filho1	1	2,0

Existe discussão sobre os problemas na família?	Sim	50	100
	Não	0	0,0
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas?	Sim	48	96,0
	Não	2	4,0
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas? (família extensa, amigos...)	Sim	37	74,0
	Não	13	26,0
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas	Sim	49	98,0
	Não	1	2,0

3.2.3 - Papéis Familiares

Na família, os diferentes membros assumem papéis diferentes ao longo do ciclo vital individual e familiar. As famílias como forma de sobreviver nas interações uns com os outros, desenvolvem expectativas acerca do modo como cada um se deve comportar, assumindo diferentes papéis e adotando comportamentos que concretizam de forma única e distinta dentro de cada unidade familiar (Araújo, 2015).

O papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, recreativo e de parente são assim, considerados papéis, cujos padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família têm impacto na interação, nas funções e na estrutura do sistema familiar (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). Conforme se pode constatar pela Tabela 31 (p. 103), são os casais (n=41) que assumem maioritariamente o papel de provedor em 82,0%, ou seja, aqueles que têm a responsabilidade de entrada de bens financeiros na família, existindo consenso do papel em todas as famílias. Embora este papel seja atribuído ao subsistema individual, reflete o que hoje em dia se verifica no sentido de que tanto os homens como as mulheres desempenham um papel profissional ativo. De acordo com o Observatório das Famílias e das Políticas de Família (2016), 94,0% dos portugueses consideram a obtenção de recursos económicos uma tarefa que compete aos dois membros do casal (Matias et al., 2011; Ramos, Atalaia & Cunha, 2016). Nenhuma família refere conflito ou saturação do papel. Relativamente ao papel de gestão financeira, ou seja, o que está relacionado com as tarefas associadas à administração da economia doméstica, esta é desempenhada pelo casal em 40,0% (n=20), seguido de 30,0% (n=15) pela mãe e de igual forma pelo pai. Neste papel existe consenso, não

apresentando conflito ou saturação do papel. O papel de cuidado doméstico é referente à responsabilidade e desempenho de tarefas domésticas, sendo este assumido em 36,0% (n=18) pela mãe, seguido pela partilha das tarefas domésticas pelo casal (n=16) em 32,0% e por todos os elementos do agregado familiar em 26,0% das famílias (n=13).

Um estudo efetuado por Torres (2004), revelou que o facto de as mulheres contribuírem para o sustento da família, não implicou uma abordagem diferente do trabalho desenvolvido no seio familiar, continuando este a ser maioritariamente da sua responsabilidade. Os resultados apontam para a existência de consenso de papel em 82,0%, sendo que 18,0% das famílias não apresentam consenso no desempenho das tarefas domésticas, existindo conflitos do papel em 10 famílias (20,0%) no que respeita à partilha das tarefas, não havendo saturação do papel.

As mulheres tendem a realizar mais trabalho doméstico e de cuidados aos filhos do que os homens numa situação similar, continuando a existir uma maior acumulação de tarefas e conseqüentemente uma sobrecarga das mulheres (Fontaine et al., 2007). Outros estudos assinalam também que a assimetria no desempenho das tarefas domésticas, é referida pelas mulheres jovens com formação superior, como um foco de insatisfação conjugal e de conflito de papéis (Guerreiro & Abrantes, 2004).

Tabela 31 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Interação de Papéis Familiares nas categorias avaliativas papel provedor, papel gestão financeira e papel cuidado doméstico

Interação de Papéis Familiares		Provedor		Gestão Financeira		Cuidado Doméstico	
		n	%	n	%	n	%
Quem desempenha	Pai	3	6,0	15	30,0	-	-
	Mãe	6	12,0	15	30,0	18	36,0
	Casal	41	82,0	20	40,0	16	32,0
	Mãe e Filha 1	-	-	-	-	1	2,0
	Mãe e Filho 1 e Filha	-	-	-	-	1	2,0
	Casal e Filho 1	-	-	-	-	1	2,0
	Todos	-	-	-	-	13	26,0
Consenso do papel	Sim	50	100	50	100	41	82,0
	Não	0	0,0	0	0,0	9	18,0
Conflitos do papel	Sim	0	0,0	0	0,0	10	20,0
	Não	50	100	50	100	40	80,0
Saturação do papel	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não	50	100	50	100	50	100

Quanto ao papel recreativo que implica a iniciativa para a realização de atividades lúdicas e estimula a família a participar em atividades recreativas, este é assumido pela mãe (n=21) em 42,0%, pelo casal (n=8) em 16,0% e 6,0% de igual forma pelo pai e por todos os membros da família (n=3), existindo consenso do papel em todas as famílias estudadas. Não apresentam conflitos, nem saturação do papel.

Por fim, e relativamente ao papel de parente, cuja função é promover a consolidação de laços familiares, este é desempenhado maioritariamente em 46,0% das famílias pela mãe (n=23), 26,0% pelo casal (n=13) e 10,0% pelo pai (n=5), sendo consensual este papel (Tabela 32).

Tabela 32 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Interação de Papéis Familiares nas categorias avaliativas papel recreativo e papel de parente

Interação de Papéis Familiares		Papel Recreativo		Papel de Parente	
		n	%	n	%
Quem desempenha	Pai	3	6,0	5	10,0
	Mãe	21	42,0	23	46,0
	Filho1	-	-	4	8,0
	Filha 1	2	4,0	-	-
	Filho 2	1	2,0	-	-
	Filha 2	2	4,0	-	-
	Filhos	2	4,0	-	-
	Mãe e Filho 1	2	4,0	2	4,0
	Mãe e Filha 1	1	2,0	1	2,0
	Mãe e Filha 2	1	2,0	-	-
	Casal	8	16,0	13	26,0
	Todos	3	6,0	2	4,0
	Casal e Filho 1	1	2,0	-	-
	Pai e Filha 1	1	2,0	-	-
	Pai e Filho 2	1	2,0	-	-
	Mãe e Filhos	1	2,0	-	-
	Consenso do papel	Sim	50	100	50	100
Não		0	0,0	0	0,0
Conflitos do papel	Sim	0	0,0	1	2,0
	Não	50	100	49	98,0
Saturação do papel	Sim	0	0,0	0	0,0
	Não	50	100	50	100

Apenas 1 família manifesta conflitos do papel, em virtude de por vezes não haver espaço para tempo de lazer individual, não evidenciando saturação. Tendo por base o MDAIF, é possível verificar como critério diagnóstico, que em 18,0% das famílias não existe

consenso do papel de cuidado doméstico, inferindo interação de papéis familiares não eficaz. 20,0% das famílias manifesta conflito do papel de cuidado doméstico e 2,0% conflito do papel de parente como critérios diagnósticos, inferindo deste modo interação de papéis conflitual (Figueiredo, 2012).

Perante estes resultados, observa-se que a mãe é a figura central nas famílias participantes, sendo ela quem desempenha grande parte dos papéis familiares, indo assim ao encontro de estudos que demonstram que as mulheres portuguesas independentemente do seu estatuto profissional desempenham dentro da família a maior parte das tarefas familiares e domésticas, bem como sobre as atitudes dos portugueses face à vida familiar e aos papéis de género, evidenciando que 83,6% dos inquiridos concordam que os homens deviam participar mais nas tarefas domésticas do que participam atualmente, sendo as mulheres mais jovens (97,4% entre os 18 e os 29 anos e 92,0% entre os 30 e os 44 anos) as que mais partilham desta opinião. 78,2% dos inquiridos consideram também que ambos os elementos do casal devem dividir de forma igual todas as tarefas domésticas. Apesar de em alguns grupos da sociedade portuguesa, ainda persistir a ideia de que os cuidados aos filhos e as tarefas domésticas são naturalmente responsabilidades atribuídas às mulheres (Perista, 2002; Ramos, Atalaia & Cunha, 2016).

3.2.4 - Relação Dinâmica

Esta dimensão operativa, como aspeto expressivo do funcionamento familiar, reporta-se para a partilha de responsabilidades, para a expressão de sentimentos e de emoções e flexibilidade de papéis, contribuindo para um conhecimento mais aprofundado do contexto familiar nas suas especificidades, orientado para a identificação das forças da família e dos seus recursos. A relação dinâmica inclui assim, várias categorias avaliativas, tais como: influência e poder; alianças e uniões; coesão e adaptabilidade da família e funcionalidade da família na perceção dos seus membros (Wright & Leahey, 2012; Figueiredo, 2012).

Relativamente à influência e poder dentro do seio familiar e de acordo com a Tabela 33 (p. 106), o membro identificado com maior poder na família da população estudada é a mãe (n=23) com 46,0%, seguido pelo casal (n=14) cujo poder é partilhado na família com 28,0%. Com uma diferença mínima, o pai é identificado por 13 famílias, como o membro que tem mais poder, com um valor de 26,0%. Estudos revelam que a entrada da mulher

no mundo profissional e o seu conseqüente ganho financeiro, trouxe modificações na organização familiar, retirando assim o poder absoluto dos homens sobre as decisões familiares, na medida em que trouxe uma maior liberdade de decisão e de ação por parte das mulheres. Atualmente deparamo-nos com um novo modelo de papéis masculino e feminino, na dinâmica familiar que evidencia a individualidade dos sujeitos (Hintz, 2001; Bernardi, 2019).

Quando questionadas sobre a satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros, 90,0% das famílias referem sentirem-se satisfeitas, ao contrário de 5 famílias que respondem que não (10,0%), apontando como motivos da insatisfação, o comportamento influente de um dos elementos da família sobre o outro (n=2) e a existência de um comportamento dominante por parte de um dos membros (n=2). Não se identificam coligações entre os membros. Outra família apesar de não se mostrar satisfeita, não especifica.

Em relação às alianças e uniões existentes, 38,0% das famílias do estudo afirma existirem alianças entre alguns dos seus membros. No que respeita, à satisfação pela forma como a família manifesta a sua união, todas as famílias do estudo referem estar satisfeitas. De acordo com Wright e Leahey (2012), as alianças e uniões concentram-se na orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família, indo ao encontro do que é relatado pelas famílias que mostram a sua satisfação sustentada na relação de afeto, companheirismo, ajuda mútua e a preocupação de um em relação ao outro.

Tabela 33 - Caracterização das famílias quanto à dimensão Relação Dinâmica nas suas categorias avaliativas

Relação Dinâmica			
Influência e Poder		n	%
Membro com maior poder na família	Pai	13	26,0
	Mãe	23	46,0
	Casal	14	28,0
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros	Sim	45	90,0
	Não	5	10,0
Alianças e Uniões		n	%
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros?	Sim	19	38,0
	Não	31	62,0
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união?	Sim	50	100
	Não	0	0,0

Perante estes resultados e de acordo com o MDAIF, verifica-se que 10,0% das famílias apresentam relação dinâmica disfuncional por critério diagnóstico no item avaliativo influência e poder, uma vez que as famílias não manifestam satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros (Figueiredo, 2012).

Ainda no âmbito da relação dinâmica, foi aplicada a escala de Apgar Familiar de *Smilkstein* a cada elemento da família participante no estudo presente em consulta (102 elementos de 50 agregados familiares), sendo uma escala cuja validade e credibilidade foram já testadas e comprovadas em vários estudos (Andrade & Martins, 2011). A utilização deste instrumento permite assim, avaliar a funcionalidade das famílias tendo como fundamento a forma como cada membro percebe a sua família num determinado momento, manifestando o seu grau de satisfação relativamente ao cumprimento das suas funções (Rebelo, 2018).

Os resultados da Tabela 34(p.108), mostram que as percepções dos participantes neste estudo são bastante positivas, uma vez que 95,1% (n=97) percebe a sua família como altamente funcional, enquanto apenas 4,9% (n=5) dos membros evidencia uma percepção da família com moderada disfunção, o que significa que a consideram capaz de proteger a integridade do sistema familiar como um todo e de promover e respeitar a autonomia funcional e a interdependência de cada um dos seus membros, através de processos de negociação e flexibilidade (Nogueira et al., 2012), sugerindo que na sua maioria são famílias aptas para lidar com situações de crise. A maioria das famílias (n=45) são consideradas altamente funcionais, cujos elementos avaliados têm a mesma percepção da família. Destacam-se 5 famílias (mãe/filho/a) em que a percepção de cada elemento é diferente. Quatro elementos do subsistema parental (mãe) consideram a família com moderada disfunção, contrastando com a percepção dos filhos, que consideram a família altamente funcional. E uma família cujo filho apresenta uma percepção de moderada disfunção ao contrário da mãe que percebe a família como altamente funcional.

Verifica-se assim que 90,0% das famílias percebem-se como funcionais, embora 10,0% apresentem moderada disfunção. Estes dados da percepção da funcionalidade familiar por parte das famílias com adolescentes, corroboram com os resultados obtidos por Nogueira et al. (2012) que verificaram um elevado índice de famílias funcionais relativamente às famílias disfuncionais.

No que concerne à coesão e adaptabilidade da família como indicadores da dimensão relação dinâmica, a coesão familiar é definida por Olson e Gorall (2003), como a ligação emocional que os membros da família estabelecem entre si, na medida em que, esta dimensão representa a forma como o sistema familiar equilibra a ligação e a separação emocional entre o indivíduo e a família. A adaptabilidade familiar, segundo os mesmos autores, está relacionada com a qualidade e expressão de liderança no seio familiar, organização, funções e regras de relacionamento, destacando-se como sendo uma dimensão que descreve a capacidade do sistema familiar se reorganizar e dar resposta ao *stress* provocado pelo desenvolvimento familiar e/ou por situações extrafamiliares.

Tabela 34 - Análise descritiva das perceções dos membros sobre a funcionalidade da família, segundo o Apgar Familiar de *Smilkstein*

Apgar Familiar	Pai (n = 4)			Mãe (n = 46)			Filho/a (n = 52)			Totais (n=102)	
	n	%	Medidas descritivas	n	%	Medidas descritivas	n	%	Medidas descritivas	n	%
Família altamente funcional Score (7-10)	4	100		42	91,3		51	98,1		97	95,1
Família com moderada disfunção Score (4 - 6)	0	0,0	M = 9,25 DP = 0,95 Xmin = 8 Xmax = 10	4	8,7	M = 8,69 DP = 1,15 Xmin = 6 Xmax = 10	1	1,9	M = 8,48* DP = 1,07* Xmin = 6 Xmax = 10	5	4,9
Família com disfunção acentuada Score (0 - 3)	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0

*Valor médio

De modo a complementar a avaliação familiar, foi utilizada como instrumento de avaliação familiar, a escala *FACES II* adaptada permitindo desta forma, avaliar o funcionamento das famílias nas dimensões de coesão e adaptabilidade familiar, ou seja, a forma como os membros da família percecionam as suas vivências dentro da sua própria família (Fernandes, 1995). Segundo Olson, Bell e Portner (1983), a escala *FACES II* quanto à fidedignidade, apresenta uma boa consistência interna com alfas de Chronbach entre 0,86 e 0,88 para a dimensão coesão e entre 0,78 e 0,79 para a dimensão

adaptabilidade. Quanto à validade, apresenta uma boa correlação entre as duas dimensões ($r=0,65$) e uma boa validade concorrente.

Foi preenchida por 73 membros participantes de um total de 50 agregados familiares.

Como se pode observar na Tabela 35 (p.110), em termos individuais, a maioria dos elementos ($n=39$), apresentam uma perceção de coesão muito ligada ou emaranhada, destacando-se o subsistema parental (pai e mãe), com o maior número de coesão extrema alta ($n=34$). Relativamente à coesão desmembrada, 2 membros percecionam este tipo de coesão baixa na família, sendo aqui, o subsistema filial quem o perceciona ($n=2$).

Os resultados obtidos mostram que 36 famílias do estudo, cujos elemento parental e filial têm a mesma perceção a nível da coesão familiar, correspondem ao tipo muito ligada ($n=24$), ligada ($n=11$) e separada ($n=1$). As restantes famílias ($n=14$) apresentam perceções diferentes do nível de coesão entre o subsistema parental e filial, entre as quais se evidenciam: 10 famílias, cujo elemento parental (mãe) perceciona um nível de coesão muito ligada (10) e o elemento filial (filho/a) perceciona um nível de coesão ligada (8), desmembrada (1) e separada (1) e uma família em que a mãe perceciona um nível de coesão separada e o filho apresenta uma perceção da coesão desmembrada. 3 famílias apesar de terem perceções diferentes em relação à coesão familiar, os níveis percecionados são considerados equilibrados (separada e ligada).

Segundo Olson (2000), a coesão torna-se problemática para o funcionamento familiar, nos seus níveis extremos (desmembrada e emaranhada). Os níveis de coesão extremamente baixos (desmembrada), associam-se a vínculos deficitários e baixo compromisso, enquanto os níveis extremamente elevados (muito ligada/emaranhada) remetem para uma proximidade emocional excessiva, o que pode conduzir a dificuldades na sua individuação, surgindo uma dependência entre os membros da família. O equilíbrio parece surgir, nas posições intermédias (separada e ligada), correspondendo a um nível adequado de funcionamento ao longo do ciclo vital da família, existindo uma aproximação saudável entre os elementos, maior comprometimento emocional e lealdade (Olson & Gorall, 2003).

Analisando a dimensão adaptabilidade, pode-se verificar que 48 elementos (65,8%) percecionam níveis muito altos (muito flexível), destacando-se o subsistema parental com 68,0% ($n=34$; mãe $n=32$ / pai $n=2$) e o subsistema filial com 60,9% ($n=14$). 28,8% percecionam uma adaptabilidade familiar flexível e 5,4% têm uma perceção da família

do tipo estruturada, evidenciando-se o subsistema filial com 13,0% em relação ao subsistema parental que apresenta apenas uma mãe com a mesma percepção.

Os resultados obtidos mostram que ao nível da adaptabilidade familiar, 42 famílias apresentam a mesma percepção entre pais e filhos, salientando-se as famílias muito flexíveis (n=32) e flexíveis (n=10).

Tabela 35 - Análise descritiva das percepções dos membros das famílias sobre o funcionamento familiar, quanto à coesão, adaptabilidade e tipo família de acordo com a escala *FACES II*

<i>FACES II</i>	Pai (n=4)			Mãe (n=46)			Filho/a (n=23)			Totais (n=73)	
	n	%	Medidas descritivas	n	%	Medidas descritivas	n	%	Medidas descritivas	n	%
Coesão											
Muito ligada	3	75,0	M= 69,00	31	67,4	M= 71,17	5	21,7	M= 64,36*	39	53,4
Ligada	0	0,0	DP= 9,66	13	28,3	DP= 5,77	12	52,2	DP= 9,39*	25	34,2
Separada	1	25,0	Xmin= 55	2	4,3	Xmin= 54	4	17,4	Xmin= 47	7	9,6
Desmembrada	0	0,0	Xmax= 77	0	0,0	Xmax= 80	2	8,7	Xmax= 80	2	2,8
Adaptabilidade											
Muito Flexível	2	50,0	M= 54,25	32	69,6	M= 56,54	14	60,9	M= 54,14*	48	65,8
Flexível	2	50,0	DP= 6,44	13	28,3	DP= 5,39	6	26,1	DP= 5,77*	21	28,8
Estruturada	0	0,0	Xmin= 48	1	2,1	Xmin= 41	3	13,0	Xmin= 44	4	5,4
Rígida	0	0,0	Xmax= 62	0	0,0	Xmax= 66	0	0,0	Xmax= 66	0	0,0
Tipo Família											
Muito Equilibrada	2	50,0	M= 6,75	35	76,1	M= 6,67	10	43,5	M= 5,78*	47	64,4
Equilibrada	2	50,0	DP= 0,95	10	21,7	DP= 1,03	11	47,8	DP= 1,39*	23	31,5
Meio-termo	0	0,0	Xmin= 5,5	1	2,2	Xmin= 3	2	8,7	Xmin= 3	3	4,1
Extrema	0	0,0	Xmax= 7,5	0	0,0	Xmax= 8	0	0,0	Xmax= 8	0	0,0

*Valor médio

Relativamente às famílias cujas percepções do nível de adaptabilidade são diferentes (n=8), os resultados mostram 2 famílias cujo elemento parental (mãe) percebe uma adaptabilidade extrema alta (muito flexível) e o elemento filial percebe uma adaptabilidade flexível (1), e estruturada (1). Destacam-se ainda, 5 famílias cuja mãe percebe uma adaptabilidade moderada alta (flexível), enquanto o filho percebe uma adaptabilidade estruturada (2) e muito flexível (3) e uma família que apesar de terem percepções diferentes, encontram-se nos níveis mais funcionais (percepção mãe -

estruturada / percepção filho - flexível). Não se verificam níveis de adaptabilidade rígida nos membros das famílias participantes no estudo.

O equilíbrio do funcionamento familiar situa-se nos níveis intermédios da adaptabilidade, sendo considerados como níveis mais funcionais, o nível de adaptabilidade baixa moderada (estruturada) e o nível de adaptabilidade moderada alta (flexível). Os níveis mais funcionais promovem o equilíbrio entre a estabilidade e a mudança conseguindo assim, que os seus elementos se adaptem, no sentido de dar resposta às alterações no sistema familiar decorrentes de acontecimentos ou situações do ciclo de vida, promovendo o equilíbrio da família ao longo do tempo. Um funcionamento familiar equilibrado está relacionado com a capacidade da família em suportar períodos de *stress*, preservando a identidade do sistema e respeitando as diferenças individuais dos seus membros (Olson, 2000; Silva et al., 2021). Quando o funcionamento é marcado pelos níveis extremos (rígida e muito flexível), a família encontra-se em maior vulnerabilidade. Na adaptabilidade extrema alta, a liderança e os papéis não estão bem definidos e clarificados, podendo ocorrer frequentes trocas de papéis entre os elementos e impulsividade nas decisões. Os níveis de adaptabilidade familiar extremamente baixos, caracterizam-se por um grande controlo, não havendo espaço para a negociação, com uma rigidez de papéis e pouca flexibilidade na aplicação e/ou alterações das regras familiares (Olson, 2000). É perceptível a diferença de scores de coesão e adaptabilidade entre os elementos familiares participantes no estudo, sendo os pais os que percecionam resultados de coesão e adaptabilidade mais elevados e os filhos adolescentes os scores mais reduzidos. Estes resultados parecem corroborar vários estudos cujos resultados apontam para discrepâncias de scores de coesão e adaptabilidade entre a díade parental e o subsistema filial, no qual são observadas médias de coesão e adaptabilidade dos adolescentes, inferiores comparativamente com os seus pais (Olson, 2000).

Quanto à dimensão da coesão por parte do adolescente, Baer (2002), afirma que o nível de percepção de coesão familiar diminui durante a adolescência, o que poderá ser interpretado como resultado de pequenas perturbações no sistema familiar que assinalam mudanças inerentes ao próprio desenvolvimento do adolescente e que pontuam a negociação da sua autonomia e capacidade de diferenciação face à família. Uma coesão e adaptabilidade familiares com níveis adequados podem funcionar como fatores protetores em relação ao *stress* parental, ou pelo contrário, quando estão presentes níveis considerados desequilibrados, estes podem contribuir para o aumento de *stress* parental,

na presença de circunstâncias ou fatores psicossociais adversos. No estudo realizado por Oliva et al. (2008) sobre os acontecimentos de vida stressantes e adaptação dos adolescentes, os autores concluíram que os jovens que vivem em agregados familiares com níveis de coesão e adaptabilidade familiar considerados equilibrados (intermédios) é onde se desenvolvem relações familiares positivas, apresentando menos problemas de adaptação psicossocial durante a adolescência. Um outro estudo desenvolvido por Loios (2014), analisou a perceção dos filhos adolescentes relativamente ao funcionamento familiar e concluiu que a perceção de um funcionamento desadequado está relacionada com estratégias de *coping* desadaptativas e com desajustamento psicossocial dos adolescentes. Tendo por base o modelo circunplexo familiar tridimensional (Olson, 2000), os resultados obtidos da conjugação das duas dimensões coesão e adaptabilidade familiar, fazem surgir 16 estilos de relacionamentos familiares, onde é possível distinguir, segundo este modelo, três grandes tipos de sistemas: os funcionamentos familiares funcionais ou equilibrados (com níveis intermédios nas 2 dimensões); os meio-termo (com níveis extremos numa das dimensões e níveis intermédios na outra dimensão) e disfuncionais ou desequilibrados (com níveis extremos em ambas as dimensões).

No que concerne ao tipo família, observa-se pela tabela anterior (p. 110), que os valores mínimos e máximos oscilam entre 3 e 8. De acordo com os valores médios, o subsistema parental apresenta um tipo de família com um score igual a 6,71 (DP=0,99).

Relativamente aos filhos, verifica-se uma média de 5,78 (DP=1,39). Perante estes resultados, é possível perceber que a maioria dos elementos parentais consideram as suas famílias do tipo muito equilibrada e os filhos percecionam a sua família como equilibrada. Após análise dos resultados relativamente ao funcionamento familiar, percebe-se que 20,0% são famílias equilibradas, sendo considerados como os sistemas mais funcionais, ou seja, aqueles que melhor protegem os seus membros do *stress* situacional e desenvolvimental (Olson & Gorall, 2003). 24,0% são famílias meio-termo, cujo funcionamento familiar é considerado menos funcional, mas de menor risco para o desenvolvimento dos seus membros do que os desequilibrados (Olson, 2011), e 56,0% das famílias apresentam níveis de coesão e adaptabilidade desequilibrados pelo que são consideradas disfuncionais tendo em conta os critérios de diagnóstico no MDAIF, inferindo assim, relação dinâmica disfuncional (Figueiredo, 2012).

Segundo o modelo circumplexo (Olson, 2000), as famílias consideradas equilibradas tendem a ter um funcionamento mais adequado/equilibrado ao longo do ciclo de vida, embora por vezes os extremos possam ser vivenciados por curtos períodos, perante eventos transicionais. Deste modo, o modelo ao ser dinâmico permite equacionar mudança na família ao longo do ciclo vital (Greef, 2000). As famílias poderão assim, modificar as dimensões de coesão e/ou adaptabilidade de forma a adaptarem-se a novas mudanças ou crises, sendo estas encaradas como uma melhoria do funcionamento familiar. Por outro lado, poderá ser problemático para as famílias quando se prendem a níveis extremos durante muito tempo. No entanto, os autores referem que os extremos de uma dimensão não são obrigatoriamente disfuncionais, sendo por isso necessário ter em conta a diversidade relacionada com questões étnicas e culturais que envolvem as famílias com dinâmicas diferentes. Estudos realizados com famílias extremas permitem concluir que só existirá disfuncionalidade se algum dos membros não estiver satisfeito com o modo como a família funciona (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003; Olson, 2011). Ao contrário do que acontece com os resultados da escala do Apgar Familiar relativamente à funcionalidade da família, a maioria das famílias encontram-se classificadas com níveis extremos (56,0% tipo muito equilibrada) sendo consideradas disfuncionais apresentando, assim, maior risco de sinais de *stress* o que poderá estar de alguma forma relacionado com o facto de as famílias estarem a vivenciar uma transição desenvolvimental (a adolescência dos filhos).

3.3 – PERCEÇÕES DAS FAMÍLIAS SOBRE OS ASPETOS FACILITADORES E DIFICULDADES SENTIDAS NA INTERAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA

Neste subcapítulo proceder-se-á a apresentação e análise dos resultados obtidos através de duas questões de resposta aberta, na qual se solicita às famílias participantes que indiquem palavras-chave que associam aos aspetos facilitadores e dificuldades sentidas na interação entre os seus membros. Cada família foi identificada através de uma codificação iniciada pela letra “F”, seguida de uma numeração de 1 a 50 (F1, ..., F50). A apresentação dos resultados obtidos encontra-se estruturada segundo a ordem das questões presentes no questionário. Partindo do tema de cada questão de resposta aberta são assim apuradas 202 respostas de 50 famílias, tendo sido agregadas em duas áreas

temáticas definidas à *priori* (137 correspondem aos aspetos facilitadores (forças) e 65 correspondem aos aspetos dificultadores).

Foi estabelecida a categorização dos elementos recolhidos com base no MDAIF, resultante da análise de conteúdo segundo Bardin (2018), obtida a partir dos discursos das famílias participantes. A análise efetuada às respostas das famílias, permitiu fazer uma leitura de modo a codificar as respostas em categorias, subcategorias e unidades de registo, tendo sido validadas por duas investigadoras independentes especialistas na área de investigação da saúde familiar. As categorias de análise evidenciam assim, a perceção atribuída pelas famílias relativamente aos vários fatores que condicionam as interações familiares, fatores esses que podem atuar como facilitadores ou dificultadores na interação entre os membros da família. Durante o processo dedutivo de análise dos resultados, tendo em conta as categorias definidas à *priori* (Bardin, 2018), em cada categoria resultaram várias subcategorias, unidades de registo (palavras e expressões-chave referentes às experiências das famílias participantes) e respetiva frequência (número de vezes que cada família participante faz referência a determinada experiência). Esta sistematização permite assim organizar a informação recolhida procurando responder aos objetivos do estudo.

3.3.1 – Aspetos facilitadores na interação entre os membros da família

Relativamente aos aspetos percecionados pelas famílias como fatores facilitadores na interação entre os membros da família, identificaram-se três categorias comuns às forças (pontos fortes) e fragilidades (dificuldades): Comunicação Familiar; *Coping* Familiar e Relação Dinâmica. Os resultados apresentados na tabela 36 (p.116), relativos aos aspetos facilitadores (forças da família) referem-se às categorias descritas, as suas subcategorias e unidades de registo, com a respetiva frequência. Segundo a perceção enunciada pelas famílias, verifica-se que quanto ao número de unidades de registo (UR) referidas, evidenciam-se a Relação Dinâmica (66), seguida da Comunicação Familiar (48) e *Coping* Familiar (23). Na categoria Relação Dinâmica encontra-se a subcategoria padrão de interação. Segundo Figueiredo (2012) o equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos são fundamentais para o desenvolvimento pessoal de cada um e para o crescimento e bem-estar da família, enquanto unidade interaccional. De acordo com a perceção das famílias destacam-se as “*atividades em conjunto/momentos de partilha*”, como a UR com maior frequência (22), seguida da “*união*” (12) como aspetos relevantes na satisfação dos

membros da família face à forma como esta manifesta a sua união demonstrando deste modo uma visão mais apreciativa do padrão de interação familiar, constituindo-se como forças da família (Figueiredo, 2012). Na categoria Comunicação Familiar encontram-se as subcategorias: comunicação emocional; comunicação verbal e comunicação circular. A comunicação é considerada uma das dimensões de extrema importância na vida das famílias, uma vez que é através dela que os membros expressam as suas carências, desejos, preocupações e além disso, a capacidade de atenção acerca do que os outros pensam e sentem (Sousa, 2005). No que respeita aos fatores relacionados com a comunicação emocional, verifica-se que a “*demonstração/expressão dos sentimentos*” foram aspetos considerados significativos como se pode verificar em 11 UR. No que se reporta à comunicação verbal observa-se que a maioria das famílias (22) utiliza linguagem adequada adotando um discurso simples e claro sendo a “*clareza no discurso*” considerada como fator facilitador de comunicação entre os membros da família. No âmbito da comunicação circular, as famílias valorizam a “*abertura e liberdade de expressão*” como aspetos essenciais da satisfação na forma como comunicam (15). É nesta perspectiva que vários autores reforçam que os padrões de comunicação estabelecidos entre os membros da família, nos diferentes subsistemas familiares, têm um efeito continuado no desenvolvimento da família, exercendo influência na criação de um padrão interaccional funcional. Os padrões de comunicação positivos influenciam diretamente o desenvolvimento emocional e psicológico dos filhos caracterizando o sistema familiar como o mais eficaz para o desenvolvimento saudável do adolescente (Figueiredo, 2012; Milanez et al., 2019). A categoria *Coping* Familiar é constituída pela subcategoria recursos internos da família. Vilaça et al. (2014), entendem por recursos familiares a capacidade que a família possui para se adaptar, assim como os recursos adjacentes a essa adaptação. Destacaram-se nos recursos internos da família, a “*compreensão*” identificada como a UR com maior número de referências (9), e o “*apoio na resolução de problemas*” (5) como recursos de gestão de tensões que auxiliaram as famílias a enfrentar situações e a solucionar problemas relacionados às diferentes demandas que se apresentam (Braga et al., 2021). Apesar do *Coping* Familiar ser a categoria com menos UR, os recursos internos são perçecionados pelas famílias como pontos fortes na interação familiar permitindo a manutenção do seu funcionamento familiar perante situações geradoras de *stress*. Vários estudos (Sousa e Ribeiro, 2005; Sousa et al., 2005; Figueiredo et al., 2020), salientam que este autoconhecimento permite

às famílias a ativação das suas potencialidades, utilizando-as de forma eficaz para melhorar o seu bem-estar, reforçando a importância de identificar e valorizar os recursos e competências das famílias na solução de problemas. Gómez (2021), acrescenta ainda que, as famílias que procuram suporte mútuo e mobilizam recursos estão mais bem posicionadas para se manterem saudáveis.

Tabela 36 – Distribuição das unidades de registo (UR) por categorias e subcategorias baseadas no MDAIF relativas à perceção das famílias sobre os aspetos facilitadores na interação com os seus membros

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)	NºUR	
ASPETOS FACILITADORES (FORÇAS DA FAMÍLIA)	Comunicação Familiar	Comunicação Emocional	“Demonstração/Expressão dos sentimentos” (F2, F10, F11, F13, F16, F31, F33, F35, F37, F40, F42)	11	48
		Comunicação Verbal	“Clareza no discurso” (F7, F11, F14, F15, F16, F17, F18, F20, F26, F29, F31, F33, F34, F35, F38, F40, F43, F45, F46, F48, F49, F50)	22	
		Comunicação Circular	“Abertura, liberdade de expressão” (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F12, F14, F18, F22, F27, F43, F45, F48, F50)	15	
	Coping Familiar	Recursos internos da família	“Compreensão” (F4, F8, F13, F19, F25, F28, F37, F44, F50); “Cedências” (F28) ; “Apoio na resolução de problemas” (F7, F9, F17, F31, F39); “Estabilidade emocional/tranquilidade” (F32, F34); “Grande afinidade entre os irmãos” (F21); “Sentido de humor”(F10, F17, F32); “Sinceridade” (F23) ; “Criatividade”(F10)	23	
	Relação dinâmica	Padrão de interação	“Atividades em conjunto/Momentos de partilha”(F4, F5, F6, F7, F9, F11, F13, F15, F17, F20, F22, F24, F25, F26, F27, F30, F34, F35, F38, F39, F41, F44); “Disponibilidade”(F20); “Interesses comuns” (F3, F9, F10, F11, F21, F36, F45);“União”(F7, F10, F12, F25, F30, F34, F37, F39, F41, F44, F45, F47); “Amor”(F3, F7, F8, F13, F25, F28, F36, F43, F44, F49, F50); “Amizade” (F2, F3, F6, F23, F44); “Honestidade” (F3, F13, F26); “Justiça”(F38); “Respeito”(F7, F28, F29); “Confiança” (F39)	66	
Total				137	

3.3.2 – Dificuldades sentidas na interação entre os membros da família

As mesmas categorias foram também analisadas relativamente às dificuldades sentidas pela família conforme se pode verificar na tabela 37 (p.119). Verificou-se que a maior frequência se registou na categoria Comunicação Familiar (36), seguida da categoria *Coping* Familiar (19) e Relação Dinâmica (10).

Na categoria Comunicação Familiar destacou-se a subcategoria comunicação circular percecionada pelas famílias como dificuldade sentida na interação com os seus membros, registando-se a frequência de 25 UR. Os resultados evidenciam que o “*uso das tecnologias*” é identificado pelas famílias como dificuldade na comunicação familiar apresentando o maior número de registos (10). Deste modo, o tempo de uso da tecnologia acaba por ser um motivo de conflito familiar, o que vai ao encontro dos resultados descritos na literatura. De acordo com Martins (2013), quanto maior o tempo de uso das tecnologias, menor o tempo dedicado à família, sendo o ambiente familiar cada vez mais afetado, o que desencadeia uma diminuição da coesão familiar e um aumento do conflito familiar. Um estudo realizado com famílias portuguesas com filhos até aos 8 anos de idade, mostra que cerca de 90,0% são claramente famílias digitais que vivem rodeadas de tecnologia, sendo as tecnologias de informação e comunicação percecionadas por 67,1% das famílias como responsáveis pela redução do tempo passado em família (Carvalho, Francisco & Relvas, 2019). Relativamente à perceção dos pais e filhos sobre os aspetos negativos que o uso das tecnologias trouxe para o relacionamento familiar, outros estudos apontam o afastamento entre os membros como consequência negativa onde 57,1% dos pais afirmam que frequentemente os filhos preferem ficar conectados à tecnologia ao invés de estar com a família, enquanto 50,0% dos filhos afirmam que ocasionalmente os pais optam pela tecnologia ao invés de ficar com a família (Neumann & Missel, 2019).

Relativamente ao *Coping* Familiar a subcategoria fragilidades/fraquezas apresentou 19 registos. Quando questionadas as famílias acerca das dificuldades sentidas, assume particular evidência a “*falta de tempo*” como a UR com maior frequência (8), seguidos do “*cansaço/falta de paciência*” com 4 UR e “*gestão do tempo/gestão de horários*” com 3 UR. Um estudo desenvolvido por Perista et al. (2016), demonstram que principalmente as mulheres, sentem que não têm tempo suficiente para realizar todas as tarefas, o que leva a que a distribuição do tempo seja motivo de tensões, conflito e sentimentos de mal-

estar. Como as mulheres participam cada vez mais no mercado de trabalho, com os dois elementos do casal a serem ativos profissionalmente onde por um lado, as pressões, os prazos impostos e o *stress* gerado pelo desempenho de uma profissão estão associados, e por outro, a alteração ao longo do tempo da estrutura familiar (famílias monoparentais), é expectável que atualmente haja maior dificuldade em conciliar as tarefas diárias provocando impacto na vida familiar (Costa, 2012; Gouveia, 2017).

Quanto à categoria Relação Dinâmica, na subcategoria padrão de interação identificaram-se 10 UR, sendo a “*pouca colaboração nas tarefas*”, a dificuldade mais percecionada pelas famílias com 4 UR. O que reforça o facto de que na esfera familiar a partilha de tarefas e divisão de responsabilidades entre os sexos não é ainda equilibrada, continuando a existir uma maior acumulação de tarefas e conseqüentemente uma maior sobrecarga das mulheres (Fontaine et al., 2007; Aboim, 2010). Segundo dados do Inquérito Nacional aos Usos do Tempo de Homens e de Mulheres (2016), confirma-se a disparidade de género no tempo afeto a trabalho não pago, no que respeita quer a trabalho de cuidado, quer a tarefas domésticas. Foi possível constatar que para as mulheres a afetação de tempo diário para trabalho não pago é de 4 horas e 23 minutos, enquanto para os homens é de 2 horas e 38 minutos (Perista et al., 2016). Outra das dificuldades referidas com 2 UR foi: “*abordar certos assuntos com a filha*”, o que leva a perceber que em algumas famílias (das 4 famílias participantes no estudo cujo elemento parental questionado foi o pai, duas referiram essa dificuldade) os pais apresentam dificuldade em falar sobre sexualidade com as suas filhas. De acordo com estudos recentes de Costa et al. (2021) e Vieira (2021), os pais acreditam ser mais fácil conversar com os filhos do mesmo sexo do que com os de sexo oposto, sendo que as questões mais sensíveis da educação dos filhos, nomeadamente as questões sobre sexualidade, parecem estar associadas às mães, consideradas mais adaptáveis ao género dos filhos que os pais. Relativamente às perceções das famílias sobre os aspetos facilitadores e dificuldades sentidas na interação com os seus membros, as respostas obtidas pelas questões de resposta aberta, sugerem que as famílias consideram as *atividades em conjunto/momentos de partilha* (padrão de interação), a *clareza no discurso* (comunicação verbal) e a *compreensão* (recursos internos) como as mais referidas. Por outro lado, apresentam como fatores condicionantes na interação familiar o *uso das tecnologias* (comunicação circular), a *falta de tempo* (fragilidades/fraquezas) e a *pouca colaboração nas tarefas* (padrão de interação) como

as dificuldades mais evidenciadas percebidas pelas famílias. Os resultados evidenciam que as famílias possuem mais aspectos facilitadores (forças) do que dificuldades.

Tabela 37 – Distribuição das unidades de registo (UR) por categorias e subcategorias baseadas no MDAIF relativas à percepção das famílias sobre os aspectos dificultadores na interação com os seus membros

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)	NºUR	
ASPETOS DIFICULTADORES	Comunicação Familiar	Comunicação Emocional	Dificuldade na “Expressão dos sentimentos” (F6, F7, F16, F44)	4	36
		Comunicação Verbal	Falta de clareza no discurso (F8, F9, F17, F18, F26, F32, F37)	7	
		Comunicação Circular	Insatisfação na forma como comunicam: “Não saber ouvir” (F33); “Tom de voz” (F36); “Uso das tecnologias” (F1, F3, F13, F15, F17, F19, F21, F24, F26, F27); “Impulsividade” (F3, F30, F36, F42, F50); “Teimosia” (F13, F14, F15, F28, F35, F39, F50); “Prioridades diferentes” (F10)	25	
	Coping Familiar	Fragilidades/ Fraquezas	“Cansaço/ Falta de paciência” (F3, F9, F20, F38); “Falta de tempo” (F10, F12, F22, F24, F34, F38, F41, F45); “Gestão do tempo” / “Gestão de horários” (F4, F12, F49); “Aceitar as normas e regras da família” (F4, F31); “Grau de exigência” (F20); “Opiniões diferentes, às vezes geram conflito” (F22)	19	
	Relação Dinâmica	Padrão de interação	“Pouca colaboração nas tarefas” (F8, F21, F46); “Equilibrar os interesses de todos os membros da família” (F5); “Exagero da preocupação com a família” (F2); “Abordar certos assuntos com a filha” (F29, F47); “Sentido de responsabilidade” (F11); “Não respeitar o espaço do outro” (F8, F43)	10	
	Total				65

3.4 – SÍNTESE GERAL DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Fazendo uma análise dos resultados do estudo, verifica-se que em relação à Comunicação Familiar, 92,0% das famílias referem que todos são claros e diretos no discurso, compreendendo de forma clara o que os outros dizem, sendo deste modo e segundo a percepção das famílias, identificada a comunicação verbal através da *clareza no discurso* como o aspeto facilitador mais valorizado na interação entre os membros da família. Em contrapartida, 56,0% das famílias mostram insatisfação por parte dos seus membros sobre a forma como comunicam uns com os outros, referindo o *uso das tecnologias* como a dificuldade mais percecionada pelas famílias na comunicação circular sendo por isso considerada uma das fragilidades na interação familiar.

No que concerne ao *Coping* Familiar, 98,0% referem ter tido experiências anteriores positivas na resolução de problemas, representando os recursos internos da família, tais como a *compreensão* e o *apoio na resolução de problemas* como os mais percecionados pela capacidade de os membros lidarem internamente com situações de *stress* de modo a resolverem os problemas. Por outro lado, são percecionadas pelas famílias fragilidades/fraquezas, destacando-se a *falta de tempo*, o *cansaço/falta de paciência* e a *gestão do tempo/gestão de horários* como as dificuldades mais mencionadas pelas famílias como aspetos dificultadores na interação familiar. Paralelamente, 26,0% das famílias referem que não recorrem a recursos externos, 4,0% revelam não estarem satisfeitas com a forma como se discutem os problemas e 2,0% referem não ter tido experiências anteriores positivas, demonstrando deste modo vulnerabilidade na área de atenção do *Coping* Familiar.

Relativamente à Relação Dinâmica, o padrão de interação pode ser encarado como aspeto facilitador ou dificultador na interação entre os membros da família. A totalidade das famílias participantes no estudo referem sentirem-se satisfeitas com a forma como a família manifesta a sua união. As *atividades em conjunto/momentos de partilha*, a *união*, o *amor*, os *interesses comuns* são vistos como aspetos facilitadores constituindo-se como forças da família. Por outro lado, a *pouca colaboração nas tarefas*, é descrita pelas famílias como fator dificultador corroborando os dados quantitativos do estudo que mostram que em 18,0% das famílias não existe consenso no papel de cuidado doméstico e 20,0% manifesta conflito do papel. As intervenções alicerçadas nos aspetos facilitadores

(fatores protetores) e nos aspetos dificultadores (Silva et al., 2021) revelam-se o pilar de intervenções do EF nas interações familiares em famílias com adolescentes.

Desta forma, espero que através da atividade de investigação realizada com o desenvolvimento deste estudo, contribuir para a construção de conhecimento de modo a melhorar a prática de cuidados na área de ESF dirigido às famílias com adolescentes.

4 – OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo são apresentadas algumas atividades de investigação realizadas durante este percurso académico e divulgadas em eventos científicos de modo a proporcionar o desenvolvimento na área de ESF. Destacam-se as seguintes apresentações:

- ❖ Comunicação em Póster com o tema: “Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição para a Parentalidade: Revisão Integrativa” (Anexo 15), no XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar que decorreu no dia 14 de maio de 2022, em formato online, organizado pela ESEnfC. Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da UC Família como Unidade de Cuidados, tendo sido uma das autoras;
- ❖ Comunicação oral intitulada: “Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição para a Parentalidade: Revisão Integrativa” (Anexo 16), no 1º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, ACeS Maia/Valongo, realizado no dia 12 de dezembro de 2022 em formato online. Publicado em e-book.
- ❖ Comunicação oral do projeto de investigação: “Interações familiares em famílias com adolescentes” integrado no painel “Prática baseada na evidência em torno da família como unidade de cuidados” (Anexo 17) no Seminário: “Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida” que decorreu no dia 26 de janeiro de 2023 em formato presencial e online na ESEnfC, organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Pública Familiar e Comunitária, da ESEnfC.

CONCLUSÃO

A relação de proximidade do EF com as famílias, permite que estes profissionais detenham uma posição e oportunidade privilegiadas no acompanhamento das famílias ao longo do seu ciclo vital. Esta proximidade associada a uma prática especializada na área de ESF, com um corpo de conhecimentos e competências clínicas específicas tendo em conta a família enquanto unidade de cuidados, permite contribuir para o desenvolvimento de famílias saudáveis capazes de responder às suas necessidades e de todos os seus membros, de modo a promover e facilitar mudanças no funcionamento familiar face aos seus processos de transição, potencializando as suas forças, recursos e competências.

A prática clínica realizada ao longo dos estágios como reflexo dos conhecimentos adquiridos durante o processo formativo, foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao EEESF, assim como ao crescimento profissional e pessoal enquanto EF. O percurso realizado foi sem dúvida um espaço de aprendizagem de extrema importância que contribuiu para aprofundar conhecimentos subjacentes à compreensão do sistema familiar percebendo a pertinência da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar como ferramentas essenciais na conceção de todo o processo de cuidados de enfermagem à família. O uso de referenciais teóricos sistematizadores das práticas de cuidados de enfermagem, permitiu identificar as áreas de atenção familiares pertinentes na prática de cuidados às famílias, identificar as suas necessidades e realizar intervenções que contribuíram para a capacitação das famílias e do seu bem-estar, face aos problemas identificados e diagnósticos formulados. E, por conseguinte, identificar alguns resultados (ganhos em saúde) produzidos.

Durante o estágio na USF 1, destacaram-se as famílias com adolescentes como as mais avaliadas ao longo da prática clínica. Das necessidades de saúde identificadas verificou-se que a área de atenção Processo Familiar na dimensão Funcional como sendo a área de atenção com maior fragilidade nas famílias com adolescentes. Por outro lado, e perante as necessidades percebidas, pela constatação da escassez de atividade diagnóstica de enfermagem documentada no SI relativamente ao Processo Familiar enquanto área de atenção de ESF, foi assim identificada, como área de oportunidade de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias com adolescentes. A análise realizada à

população adolescente inscrita em ambas as USF, constatou-se ser muito semelhante à população adolescente nacional reforçando a relevância do investimento nos cuidados de saúde a estas famílias.

A adolescência enquanto transição desenvolvimental traz alterações para o adolescente e para toda a família pelo que as interações familiares são consideradas fatores influentes no desenvolvimento psicológico do adolescente. Durante os processos de transição, as famílias tendem a ficar mais suscetíveis aos riscos, podendo afetar a saúde e o bem-estar familiar. Também as orientações do PNSIJ focalizam as questões relacionadas com as perturbações emocionais e de comportamento na infância e adolescência como motivo de preocupação.

Perceber quais as necessidades das famílias com adolescentes, no que respeita às suas relações e interações entre os membros da família, surge assim como problemática para desenvolver o estudo de investigação integrado na UC Estágio com Relatório. Identificar as necessidades das famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos permitiu a avaliação e compreensão do funcionamento familiar e de que forma a sua dinâmica impacta o bem-estar da família.

A realização deste estudo contribuiu para um conhecimento mais aprofundado das famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos na sua dimensão funcional, acreditando que os resultados obtidos possam ser úteis para a compreensão das dinâmicas familiares. E deste modo, promover o funcionamento familiar no que respeita à comunicação, às fragilidades e fraquezas e ao padrão de interação, percecionadas como dificuldades pelas famílias, contribuindo desta forma para promover o bem-estar de todos os membros da família.

Os resultados obtidos sugerem que as famílias são capazes de perceberem as suas forças, entre as quais, a comunicação verbal entre os elementos da família, o padrão de interação e os seus recursos internos, bem como as suas capacidades e competências familiares, para enfrentar as transformações durante a adolescência dos filhos. É possível constatar a escassez de estudos nacionais na área da ESF relativamente às famílias com adolescentes. A presente investigação proporcionou assim, uma maior consciência para a importância de promover o desenvolvimento de mais evidência, que permita no futuro, a identificação do contributo dos cuidados de enfermagem especializados em ESF e subsequentemente a definição de sistemas de melhoria da qualidade para a

implementação de melhores práticas nos cuidados prestados às famílias com adolescentes.

Como limitações do estudo, salienta-se o facto da população do estudo ser de tamanho reduzido o que poderá ser um fator limitante a nível da extrapolação dos resultados e também o facto dos elementos analisados não ter sido aplicado a todos os membros da família, apenas aos elementos que estiveram presentes na USF.

Sugere-se ainda uma consulta de enfermagem de saúde familiar dirigida às famílias com adolescentes considerando a área de atenção Processo Familiar com uma das áreas de saúde familiar relevantes na avaliação destas famílias. Sendo as características das relações entre os seus membros área de atenção familiar para a promoção da saúde e bem-estar da família, tendo em conta a comunicação familiar, a relação de poder e os conflitos existentes, identificando os papéis familiares, o nível de flexibilidade, coesão e suporte familiar. E, por conseguinte, promover o comprometimento da família num processo de negociação, incentivando os seus membros a elaborarem soluções promotoras de mudança.

Numa perspectiva global, os conhecimentos desenvolvidos e as competências adquiridas com a realização dos estágios, permitiu-me desenvolver as capacidades fundamentais para um cuidado à família de qualidade e simultaneamente o desenvolvimento de competências de investigação, que ajudou a criar condições para facilitar o acompanhamento de famílias em transição normativa decorrente dos seus processos desenvolvimentais associados ao ciclo de vida da família, nomeadamente no que respeita ao início da adolescência.

Com este relatório houve a possibilidade de espelhar as aprendizagens e as atividades que contribuíram para adquirir competências específicas de EEESF. Por fim, e analisando o meu percurso formativo, considero que consegui desenvolver as competências necessárias para atingir com sucesso a aprendizagem preconizada pelos objetivos propostos inicialmente, encarando sempre a evolução de um modo gradual e favorável, vincado pela dedicação e empenho.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2010). *Género, família e mudança em Portugal*. In Wall, K.; Aboim, S. & Cunha, V. (Eds.), *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades*, 39-66. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32, 6-17.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa, Portugal: Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.
- Araújo, I. (2015). Escala de Avaliação de Papéis Familiares: avaliação das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 51-59.
- Assembleia Municipal de Aveiro, AMA. (2012). *Mapa de Reorganização do território das freguesias do Município de Aveiro*. Recuperado de: https://www.cmaveiro.pt/cmaveiro/uploads/document/file/2674/proposta_reorganizo_administrativa_concelho_aveiro.pdf
- Baer, J. (2002). Is Family Cohesion a Risk or Protective Factor During Adolescent Development? *Journal of Marriage and Family*, 64, 668–675.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo: Edição revista e atualizada*. Lisboa, Portugal: Edições70, Lda.
- Bernardi, D. (2019). *Transformações na trajetória da mulher contemporânea*. Universidade Católica. Rio de Janeiro, Brasil: FAE.
- Bispo, R., Santiago, L., Rosendo, I., Simões, J. (2022). Risco Familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, vol.38 (2) doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13091>

- Braga, P., Silva, J., Guimarães, B., Riper, M., Duarte, E. (2021). Coping e resolução de problemas na adaptação familiar de crianças com Síndrome de Down. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001803708>
- Câmara Municipal de Coimbra. (2022). *Região de Coimbra*. Recuperado de <https://www.cm-coimbra.pt/>
- Câmara Municipal de Coimbra. (2022). *Freguesias do Município de Coimbra*. Recuperado de <https://www.cm-coimbra.pt/>
- Cardoso, A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Carvalho, J., Francisco, R., Relvas, A. (2019). *Crianças, famílias e tecnologia. Que desafios? Que caminhos?* Recuperado de https://ciencia.ucp.pt/ws/files/29080080/Carvalho_et_al_2019.pdf
- Cavaco, N. (2010). Atitudes educativas parentais e resiliência no adolescente. *Psicologia.PT O Portal dos Psicólogos*, 1-23. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0563.pdf>
- Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro, CIM. (2022). *Região de Aveiro*. Recuperado de: <https://www.regiaodeaveiro.pt/>
- Conselho Pedagógico. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cordeiro, M. (2009). *O grande livro do adolescente dos 10-18 anos* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.
- Costa, J. (2012). *Práticas de conciliação entre o trabalho e a família: Um estudo exploratório* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23479/1/Joana%20Cristina%20Ferreira%20da%20Costa.pdf>
- Costa, A., Missiatto, L., Martines, E. (2021). Diálogo sobre sexualidade na comunicação entre pais e filhos adolescentes. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 32(2), 24-34 doi: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i2.978>

- Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República nº 149/2014 – I Série*.
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 8135/2021 de 17 de agosto. *Diário da República nº 159/2021 – 2ª série*.
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- Dias, F. (2001). *Sistemas de comunicação de culturas e de conhecimento: um olhar sociológico*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar: Guia Orientador*. Coimbra, Portugal: ESEnfC.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia Orientador: Estágio com Relatório*. Coimbra, Portugal: ESEnfC.
- Esteves, I., Bica, I., Cunha, M., Aparício, G., Ferreira, M., & Martins, M. H. (2018). A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial* 6.
- Féres- Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e Emigração: estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma "população" não-migrante do concelho de Chaves e de uma "população" portuguesa no Cantão de Genebra* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Ferreira, L. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M., Ferreira, M., Guedes, V., Oliveira, P., Amaral, M., Ferré Grau, C. (2020). Mudança nas perceções dos enfermeiros de família sobre os pressupostos da intervenção familiar após o processo formativo MDAIF. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem* 43(1): 110-117. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31339/1/110-117.pdf>
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os Adolescentes: um Desafio para Pais e Educadores* (6ªed.). Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Fontaine, A., Andrade, C., Matias, M., Gato, J., & Mendonça, M. (2007). Family and work division in dual earner families in Portugal. In *Crespi, Gender mainstreaming and family policy in Europe: perspectives, research and debates*, 167-198.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- França, D. (2022). *Familiares Cuidadores: Da Documentação à Adequação das Práticas em Enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Garner, P. M., Robertson, S. & Smith, G. (1997). Preechool Children's Emotional Expressions with Peers: The Roles of Gender and Emotional Socialization. *Sex Roles. A Journal of Research*,, vol 36, nº 11/12, 675-691.
- Gaspar, T., Guedes, F., Cerqueira, A., Matos, M., & Aventura Social. (2022). A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Contexto de Pandemia - dados nacionais do estudo HBSC 2022. *Relatório Nacional, Aventura Social & Saúde*. Recuperado de https://aventurasocial.com/wpcontent/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022-1.pdf
- Gauthier, P. D., deMontigny, F. (2013). Conceiving a first child: fathers' perceptions of contributing elements to their decision. *Journal Reprod Infant Psychol*, 31(1), 274-284.

- Gómez, A. (2021). Associations between family resilience and Health outcomes among kinship caregivers and their children. *Children and Youth Services Review*, 127, 103-106.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* (1ªed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Gouveia, N. (2017). *Conflito e Facilitação entre Trabalho, Família e Ensino Superior: Um Estudo Exploratório com Trabalhadoras-Estudantes* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15236/1/2017_ECSH_Dissertacao_Nicole%20Tatiane%20Cardoso%20Gouveia.pdf
- Graffar, M. (1956). *Une méthode de classification sociale d'échantillons de population*. *Courier*, 6, 455.
- Greeff A. P. (2000). Characteristics of Families That Function Well. *Journal of Family Issues*, 21(8), 948–962. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/019251300021008001>
- Guerreiro, M. D. & Abrantes, P. (2004). Moving into adulthood in southern European country: transitions in Portugal. *Portuguese Journal of Social Sciences*, 3, 191- 209.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hintz, H. (2001). Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Família*, (3), 8-19. Recuperado de http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1363010551_hintz_novos_tempos,_novas_fam%C3%ADlias_-_complementar_8_abril.pdf
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa, Portugal: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021*. Recuperado de https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- International Family Nursing Association. (2020). Practice Models for Nursing Practice with Families. Recuperado de <https://internationalfamilynursing.org/2020/01/30/dynamic-model-of-family-assessment-and-intervention-mdaif/>

- Loios, S. (2014). *A relação entre o funcionamento familiar e o ajustamento psicossocial do adolescente: efeito mediador das estratégias de coping* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Portugal.
- Marques, F. (2017). “*Diz-me como sentes, dir-te-ei como reages*”: *Relações entre reações parentais às emoções negativas dos filhos, empatia interpessoal e apoio social* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33026/1/ulfpie049160_tm.pdf
- Martins, D. A. (2013). *Adolescentes internautas, família e depressão: Estudo da relação entre a utilização da internet e das redes sociais, o ambiente familiar e a sintomatologia depressiva* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Martins, M., Fernandes, I., Andrade, L. (2016). Promoção da Saúde nas Famílias com Adolescentes e Jovens de Vila Nova de Famalicão. *Relatório*. Recuperado de http://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2020/05/VNFamalicao_Promocao_Saude.pdf
- Matias, M., Silva, A., Fontaine, A. (2011). Conciliação de papéis e parentalidade: efeitos de género e estatuto parental. *Universidade do Porto, exedra*, 5. Recuperado de <http://exedra.esec.pt/docs/N5/06A-Matias-Conciliacao.pdf>
- Maturana, H., Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento* (5ªed.). São Paulo, Brasil: Palas Athena.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menezes, I. (2005). O desenvolvimento psicossocial na adolescência: Mudanças na definição de si próprio, nas relações com os outros e na participação social e cívica. *Psicologia da Educação: Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino*, 93-117.

- Milanez, C., Córdova, Z., Castro, A., & Fraga, C. (2019). Family functioning in the emotional and psychological health of children and adolescents. *Revista de Psicologia*, 13(47), 1-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i47.1905>
- Monteiro, R. (2021). *Papel Parental durante a hospitalização da criança: percepção dos pais/mães* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7274/1/RuiManuelMiragaiaMonteiro_RM.pdf
- Neumann, D., Missel, R. (2019). Família Digital: A influência da tecnologia nas relações entre pais e filhos adolescentes. *Pensando Família*, 23 (2), 75-91. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a07.pdf>
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro* (Dissertação de mestrado). Recuperado de: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10572/7/6018_TM_01_P.pdf.
- Nogueira, A., Sousa, F., Silva, I., Silva, A., Silva, D., Santana, E. (2012). Funcionalidade de famílias de adolescentes de escolas públicas: uma abordagem descritiva. *Cogitare Enfermagem*, 17(2), 224-231. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648963003.pdf>
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 13 (1), 53-62.
- Olson, D. H., Bell, R., & Portner, J. (1983). *FACES-II manual*. St Paul: University of Minnesota, Department of Family Social Science.
- Olson, D., Tiesel, J. (1991). *FACES II: Linear Scoring & Interpretation*. St. Paul, Minnesota.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D., & Gorall, D. (2003). *Circumplex model of marital and family systems*. In F. Walsh (Ed.). New York: Guilford.

- Olson, D. (2011). Faces IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Adolescent Friendly Health Services — Na Agenda for Change*. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones Datos y cifras*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescentshealth-risks-and-solutions>

Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: Os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social*, 37 (163), 447-474.

Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A., Abrantes, M., Perista, P. (2016). *Os usos do tempo de homens e de mulheres em Portugal*. Recuperado de https://cite.gov.pt/documents/14333/16933/INUT_livro_digital.pdf/0047dba2-150f-48a3-a050-c0564eaf1eba

Ploeg, J., Northwood, M., Duggleby, W., McAiney, C., Chambers, T., Peacock, S., & Fisher, K. (2020). Caregivers of older adults with dementia and multiple chronic conditions: Exploring their experiences with significant changes. *Dementia*, 19(8), 2601-2620. <https://doi.org/10.1177/14713012/9834423>.

Polit, D., & Beck, C. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Pordata. (2021). *Estatísticas sobre Portugal e Europa*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/>

Pordata. (2022). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: População residente*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/>

Ramos, V., Atalaia, S., Cunha, V. (2016). Vida familiar e papéis de género: atitudes dos portugueses em 2014 (Research Brief 2016). *OFAP - Observatório das Famílias e das Políticas de Família / ICSUlisboa*.

Rebelo, L. (2018). *A Família em Medicina Geral e Familiar. Conceitos e Práticas*. Coimbra. Almedina.

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Relvas, A. (2006) – *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rodríguez, M. C., Tinoco, M. V., Moreno, P. J., & Queija, I. S. (2002). *Los adolescentes españoles y su salud: Resumen del estudio health behaviour in school aged children (HBSC-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010592/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060791/Pages/default.aspx>
- Shek, D. T. (1997). The relation of family functioning to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behaviour. *The Journal of Genetic Psychology*, 158, 467-479.
- Silva, R. (2013). *Avaliação do impacto de modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar no contexto dos cuidados de saúde primários em Vila Franca do Campo* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Silva, M A. (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e Processos em Cuidados de Saúde Primários* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Silva, S., Fernandes, C., Magalhães, B., Edra, B. (2021). Adaptability, Cohesion and family functionality of nurses during state of emergency by covid-19. *Artículo de Investigación*, 21-30 doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1supl.98633>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.

- Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Sousa, L., Ribeiro, C. (2005). Perceções das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências. *Psicologia*, 19, (2), 169-191.
- Sousa, F. G., Figueiredo, M. d., & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 60-63.
- Sousa, P.C.M. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Torres, A. C. (2004). *Vida Conjugal e Trabalho: Uma perspectiva Sociológica*. Oeiras, Portugal: Celta Editora.
- Trinco, M., Santos, J. (2019). A família do adolescente com comportamento autolesivo internado no serviço de urgência de um hospital pediátrico. Estudo de caracterização sociodemográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 7, 22-28 doi: <http://doi.org/10.35761/reesme.2019.7.03>
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman-Barret, L. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72 (6), 1161- 1190.
- Vieira, H. (2021). *A perspectiva dos pais sobre a educação sexual dos filhos: revisão sistemática da literatura* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/134913/2/483770.pdf>
- Vilaça, M., Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2014) Systemic clinical outcome routine evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (coord.), *Instrumentos de avaliação familiar-Funcionamento e intervenção*, vol. I, 23-41. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vilar, A., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C., Viseu, I., ... Brito, T. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar: Estudos de Caso* (1ª ed.). Sintra, Portugal: Sabooks Editora.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

- Vinagre, M., Barros, L. (2017). Os olhares de um grupo de adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, vol.2*. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1228/1189>
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (2002). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões patológicos e paradoxos de interação*. São Paulo, Brasil: Cultrix.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)

Instrumento de Recolha de Dados

Família N°: _____

Data: _____/_____/_____

Tipo de Família: Nuclear Reconstruída Alargada
 Monoparental

Identificação dos Membros da Família

Grau de Parentesco	Idade	Habilitações Literárias	Profissão

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO FUNCIONAL

Processo Familiar

COMUNICAÇÃO FAMILIAR

1. Comunicação emocional	
Quem na família expressa mais os sentimentos:	
Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos. Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros. Se NÃO, é favor especificar: _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.</p> <p>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Favorável <input type="checkbox"/></p> <p>Não Favorável <input type="checkbox"/></p>

2. Comunicação verbal / não verbal	
<p>Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja, cada um compreende de forma clara o que os outros dizem?</p> <p>Se NÃO, é favor especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>
<p>Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros?</p> <p>Se NÃO, é favor especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>

3. Comunicação circular	
<p>Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família.</p> <p>Se NÃO, é favor especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p>
<p>O impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.</p> <p>Se NÃO FAVORÁVEL, especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Favorável <input type="checkbox"/></p> <p>Não Favorável <input type="checkbox"/></p>
Coping familiar (Solução de problemas)	
Quem na família habitualmente identifica os problemas?	

Quem tem a iniciativa para os resolver?	
Existe discussão sobre os problemas na família?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas? Se NÃO, é favor especificar: _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas? (família extensa, amigos...) Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas. Especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Papéis Familiares (Interação de Papéis Familiares)	
Papel de Provedor (relacionado com a entrada de bens financeiros)	
Quem desempenha:	
Consenso do Papel: Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos do Papel:	Sim <input type="checkbox"/>

Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Não <input type="checkbox"/>
Saturação do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Papel de Gestão Financeira (tarefas que estão associadas à administração da economia doméstica)	
Quem desempenha:	
Consenso do Papel: Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Papel de Cuidado Doméstico (responsabilidades e desempenho de tarefas domésticas)	
Quem desempenha:	
Consenso do Papel: Se NÃO, é favor especificar: _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<hr/>	
Conflitos do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Papel Recreativo (iniciativa das atividades lúdicas, ocupação dos tempos livres e incentivo à prática de atividades em conjunto)	
Quem desempenha:	
Consenso do Papel: Se NÃO, é favor especificar: _____ <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Conflitos do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Papel de Parente (manutenção do contacto com a família extensa e amigos e que promovem a consolidação de laços familiares)	
Quem desempenha:	
Consenso do Papel:	Sim <input type="checkbox"/>

Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Não <input type="checkbox"/>
Conflitos do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Saturação do Papel: Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Relação Dinâmica	
Influência e Poder	
Membro com maior poder na família:	
Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alianças e Uniões	
Existem na família alianças entre alguns dos seus membros? Se SIM, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união? Se NÃO, é favor especificar: _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

(Adaptado de Figueiredo, 2012)

Perguntas de resposta aberta:

- 1) Na vossa opinião, quais os aspetos que facilitam a interação entre os membros da vossa família?

- 2) Na vossa opinião, quais as dificuldades que sentem na interação entre os membros da vossa família?

Grata pela vossa colaboração!

APÊNDICE II – Autorização do Coordenador da USF 2

Exmo. Sr. Dr. [REDACTED]

Coordenador da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de Estudo de Investigação

Eu, Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho, estudante do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária- Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo de investigação na área – Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde integrado no projeto Investigação e Ação em Saúde Familiar, intitulado: “Interações familiares em famílias com adolescentes”.

Trata-se de um estudo de investigação, que se prevê durar entre dois a três meses e que tem por objetivos: Caracterizar a funcionalidade e o desenvolvimento das famílias com adolescentes; Identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentem fragilidade e as áreas com potencialidade; Descrever a perceção das famílias sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros. Este estudo tem como finalidade, construir um projeto de melhoria contínua na área da Enfermagem de Saúde Familiar dirigido às famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos.

Pretende-se assim, estudar as necessidades das famílias com adolescentes, no que respeita às suas relações e interações entre os seus membros.

Como instrumento de recolha de dados será utilizada entrevista durante consulta com suporte num questionário baseado na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e com questões de resposta aberta direcionadas à família. Serão aplicados instrumentos de avaliação familiar. Os participantes serão famílias com adolescentes da [REDACTED], sendo asseguradas as questões éticas relacionadas com a recolha de dados.

O presente estudo de investigação está inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como orientadora a Professora Doutora Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva, coorientadora a Professora Doutora Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva e orientadora cooperante a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 30 de outubro de 2022

Pede Deferimento,

M.ª Fátima Coelho

[REDACTED]

APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº P907/ 10-2022

Título do Projecto: Interações Familiares em Famílias com Adolescentes

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho

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

Investigador Responsável/Orientador: Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva, Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes, Martins Moreira da Silva

Enfermeira Orientadora Cooperante: [REDACTED]

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

As famílias com adolescentes confrontam-se com um conjunto de transformações físicas mas também com muitos outros desafios. Assim, para os proponentes é de extrema importância perceber os padrões de interação existentes nas famílias com adolescentes de forma a identificar necessidades de mudança a nível do funcionamento familiar. Como objetivos propõem caracterizar a funcionalidade e o desenvolvimento das famílias com adolescentes; identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentam fragilidade e as áreas com potencialidade; e descrever a percepção das famílias sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros.

O projeto, definido como um estudo transversal descritivo com uma abordagem predominantemente quantitativa, decorrerá até fevereiro de 2023. A amostra será não-probabilística e de conveniência, sendo constituída por famílias com adolescentes inscritas na USF [REDACTED]. Neste momento, a população é constituída por 84 famílias que serão as consideradas para o estudo. Todas as oportunidades de consulta serão utilizadas. As famílias sem consulta agendada serão contactadas pela enfermeira de família e propostas para vinda à USF em momento oportuno. Os critérios de inclusão e exclusão são apresentados, assim como a garantia de confidencialidade, voluntariedade e autonomia dos participantes. Serão utilizados diferentes instrumentos de recolha de dados de acordo com o apresentado pelos proponentes.

Considerando que a população alvo são utentes da USF [REDACTED] local onde desenvolverá a investigação, deverá ser solicitado parecer à CE da ARS Centro. Esta questão falta esclarecer tendo nós conhecimento que o mesmo se encontra a tentar ser desbloqueado centralmente. Depois deste último aspeto clarificado o parecer é favorável.

O relator:

Assinado por: **Ana Margarida Coelho Abrantes**
Num. de identificação [REDACTED]
Data: 2022.12.28 15:49:31+00'00'

Data: 22/12/2022

O Presidente da Comissão de Ética:

Maria Filomena Bokello

APÊNDICE IV – Parecer da Comissão de Ética da ARSCentro e autorização para acesso aos dados dos processos familiares dos utentes



Entidade: Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Formulário 1

À atenção da Senhora Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

1. Identificação do responsável pelo pedido de dados

Nome / Denominação

Categoria Profissional Coordenação Sim Não

Unidade de Saúde

Email Institucional (quando aplicável)

Contacto Telefónico Doc. Identificação

2. Descrição dos dados solicitados

Para efeito de construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a famílias com adolescentes entre os 10 e os 13 anos, solicita-se o acesso aos utentes com o programa de saúde P.N.S.I.J. Saúde Infantil associado (ao ficheiro pelo qual sou responsável pelos cuidados de enfermagem) associado, bem como, o acesso ao processo familiar através do sistema de informação SClinico, para que possa identificar e convidar os adolescentes e pais/tutores a participar no estudo, que se anexa.

Para análise, encontra-se também em anexo, os pareceres favoráveis das Comissões de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) e da Administração Regional de Saúde do Centro.

Garante-se que os dados serão sempre anonimizados, em qualquer fase do estudo.

3. Finalidade do tratamento de dados

Atendendo à importância de identificar as necessidades das famílias com adolescentes quanto às suas relações e interações entre os membros, pretende-se realizar um estudo transversal, descritivo cujos objetivos são: Caracterizar a funcionalidade e desenvolvimento das famílias com adolescentes; identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentem fragilidade e áreas com potencialidade; e, descrever a percepção da família sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros. Para a realização do estudo, pretende-se realizar entrevista às famílias. Os resultados obtidos permitirão construir um projeto de melhoria contínua de enfermagem de saúde familiar, no âmbito das famílias com adolescentes a implementar na unidade onde se desenvolve o estágio da mestranda (enfermeira) da qual sou orientadora.

4. Responsável pelo tratamento de dados

Nome / Denominação

Categoria Profissional Coordenação Sim Não

Unidade de Saúde

Email Institucional (quando aplicável)

Contacto Telefónico Doc. Identificação

5. Forma de envio dos dados

Email Institucional (quando aplicável) Não aplicável

6. Enquadramento do pedido (preencher as opções aplicáveis)

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- No exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Fora do exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Pedidos de comunicação de dados pessoais (incluindo sensíveis/especiais) apresentados por outros profissionais de saúde/investigadores, enquanto participantes/promotores em estudos ou ensaios científicos/clinicos para efeitos curriculares ou outros
- Com identificação e consentimento prévio e informado dos titulares dos dados
- Prévia validação junto de órgãos e/ou comissões competentes no domínio ético-científico
- Declaração de validação do Orientador de Formação (Internato Médico)

7. Legitimidade para o tratamento dos dados

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- Cumprimento de obrigações legais
- Execução de obrigação contratual
- Para proteção de interesse vital do titular
- Execução de missão de interesse público
- Prossecução de interesse legítimo

8. Comunicação de dados a terceiros (quando aplicável)

Não aplicável.

9. Medidas para garantir a segurança das informações

(Descrição geral que permita avaliar de forma preliminar a adequação das medidas de segurança tomadas para garantir a segurança do tratamento)

- Cópias de backup (segurança) dos dados
- Sistemas de processamento de backup
- Password de acesso às informações
- Informação cifrada

10. Tempo de conservação dos dados pessoais

Durante a perduração do projeto e após este serão eliminados.

11. Formas e condições como o titular dos dados pode conhecer, corrigir, opor-se ou eliminar os dados que lhe respeitem (quando aplicável)

Não aplicável.

O Responsável pela apresentação do pedido

Local Coimbra

Data 2023/01/26

Assinatura

A preencher pelos Serviços

Informação de suporte à decisão

O pedido está de acordo com as determinações e circulares do Conselho Diretivo da ARS CENTRO, I.P., em matéria de proteção de dados pessoais.

Eng.º Ernesto Fernandes
Coordenador do GSIC

Decisão Deferido Indeferido

Fundamentação

Autenticado
20.01.2023
EFC

Dr. Fernando Cravo
Vogal do Conselho Diretivo
da A.R.S. Centro, I.P.

18p

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tburado conhecimento e deliberação homologar o parecer final do Conselho de Ética para a Saúde.</i> <i>19.01.2023</i> Conselho Diretivo C. A.R.S. do Centro, I.P.
ASSUNTO:	Título: "Interações familiares em famílias com adolescentes" (144/22) Autores: Maria de Fátima Coelho (IP) e Sílvia Manuela Dias Taveiras da Silva (ESEnFC), e I. Presidente.
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Caracterizar a funcionalidade e o desenvolvimento das famílias com adolescentes;• Identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentam fragilidade e as áreas com potencialidade;• Descrever a perceção das famílias sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros. <p>É um estudo transversal, descritivo. A amostra será não-probabilística e de conveniência, sendo constituída por 84 famílias com adolescentes no início da adolescência (10-13 anos), inscritas no ficheiro da Enfermeira Orientadora Cooperante/Enfermeira de Família da [redacted]</p> <p>Os dados serão recolhidos através de entrevista durante a consulta, com suporte num questionário construído para o efeito, com duas escalas de autopreenchimento, baseado na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar nas dimensões operativas do Processo Familiar: Comunicação Familiar; Coping Familiar; Interação de Papéis Familiares e Relação Dinâmica. No final apresenta duas questões de resposta aberta direcionadas à família, cujas respostas serão recolhidas por entrevista, relacionadas com as dificuldades e forças sentidas pela família, que possam influenciar a interação entre os seus membros. Serão aplicados instrumentos de avaliação familiar como: a escala FACES II (Olson et al., 1981) (versão portuguesa de Fernandes, 1995) e a escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978) (versão portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988), sendo todas de autopreenchimento. Foi obtida autorização à autora original da escala FACES II, uma vez que a escala de Apgar Familiar de Smilkstein encontra-se parametrizada no aplicativo SClínico do sistema informático, estando disponível para preenchimento pelos profissionais sendo a sua utilização livre.</p> <p>São enviados os currícula. Não há encargos financeiros.</p> <p>Foi pedida autorização à USF.</p> <p>Há consentimento informado. Tem parecer da CE da UICISA.</p> <p>O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro</p> <p><i>[Handwritten Signature]</i></p>	

APÊNDICE V – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em Estudo de Investigação

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em Estudo de Investigação

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

Identificação da Investigadora: Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho

Título do estudo: " Interações familiares em famílias com adolescentes”

Enquadramento: Estudo a realizar no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela estudante Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva, co-orientação da Professora Doutora Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva e orientação cooperante da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se identificar as necessidades das famílias com adolescentes, no que respeita às relações e interações entre os membros da família inscritas na [REDACTED]. A finalidade do estudo, é construir um projeto de melhoria contínua na área da Enfermagem de Saúde Familiar dirigido às famílias com adolescentes entre os 10 e 13 anos. Tem como objetivos: Caracterizar a funcionalidade e o desenvolvimento das famílias com adolescentes; identificar as áreas de atenção de enfermagem de saúde familiar que apresentem fragilidade e as áreas com potencialidade; Descrever a perceção da família sobre as dificuldades e forças que possam influenciar a interação entre os seus membros. Neste sentido, será realizada entrevista durante a consulta, com suporte num questionário construído para o efeito, com três escalas de autopreenchimento (instrumentos de avaliação familiar) baseado na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. No final são apresentadas duas questões de resposta aberta direcionadas à família, cujas respostas serão recolhidas por entrevista. Serão asseguradas as questões éticas relacionadas com a recolha de dados, que

será iniciada após parecer favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ARS Centro.

Condições e financiamento: Este estudo não detém qualquer contrapartida remuneratória, nem para o investigador, nem para os participantes. A participação é voluntária, ausente de qualquer tipo de prejuízo, caso não queira participar no estudo ou se pretender desistir ao longo do mesmo. Pode sempre recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: O anonimato dos participantes e a confidencialidade e proteção dos dados, de acordo com o atual Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGDP). Os pais/tutores consentem pelos adolescentes, uma vez que estes têm idade compreendida entre os 10 e os 13 anos. Todos os questionários serão codificados e a lista de descodificação, assim como os dados recolhidos, serão apenas do conhecimento da mestrande e da enfermeira orientadora cooperante/enfermeira de família do ficheiro a estudar. A proteção dos dados será assegurada em todo o processo, sendo estes utilizados para este estudo, atendendo à sua finalidade de construção de um projeto de melhoria contínua. Caso queira contactar a investigadora, pode utilizar o telefone

_____ ; _____

Agradeço a sua participação.

(A investigadora, Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho)

Declaração:

Eu, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, assim como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Deste modo, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, que serão utilizados só para esta investigação e na garantia de confidencialidade dada pela investigadora.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

O documento deverá ser feito em duplicado. Entregue uma cópia à família participante e outra para a investigadora.

APÊNDICE VI – Autorização da Professora Doutora Otilia Fernandes para a utilização da escala *FACES II* adaptada à população portuguesa

22/09/23, 23:24

Gmail - Autorização para aplicação da escala FACES II (versão portuguesa)



Fátima Coelho <mfati.coelho@gmail.com>

Autorização para aplicação da escala FACES II (versão portuguesa)

3 mensagens

Fátima Coelho <[redacted]>
Para: "tila@utad.pt" <tila@utad.pt>

26 de outubro de 2022 às 22:47

Exma Srª Professora Doutora Otilia Fernandes,

O meu nome é Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho, sou enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Sílvia Silva e co-orientação da Professora Doutora Margarida Silva.

Estou presentemente a desenvolver um estudo de investigação intitulado: "Interações familiares em famílias com adolescentes", com a finalidade de identificar necessidades de mudança a nível do funcionamento familiar. Neste contexto e tendo conhecimento da versão portuguesa da escala FACES II (Fernandes, 1995), solicito autorização para a sua utilização no estudo que me proponho desenvolver.

Caso autorize a utilização da escala validada para Portugal, gostaria de solicitar o envio da mesma e normas de cotação, ou a indicação bibliográfica onde conste essa informação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.
Com os melhores cumprimentos,
Fátima Coelho

otília monteiro fernandes <otiliamf@gmail.com>
Para: Fátima Coelho <[redacted]>

27 de outubro de 2022 às 12:20

Bom dia cara Fátima Coelho,

[redacted]

De qualquer forma, se lhe interessar a minha versão da FACES II, fica aqui a minha autorização para a utilização da mesma.

Resta-me desejar-lhe um bom trabalho, e bom tudo. E disponha (vou ver se encontro alguns documentos sobre a cotação e já lhe envio noutro email, ok?)

Aquele abraço,

Otilia Monteiro Fernandes
Departamento de Educação e Psicologia
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro | UTAD

Avto de Confidencialidade

Esta mensagem é exclusivamente destinada ao seu destinatário, podendo conter informação CONFIDENCIAL, cuja divulgação está expressamente vedada nos termos da lei. Caso tenha reacionado indevidamente esta mensagem, solicitamos-lhe que nos comuniquem esse mesmo facto por esta via ou para o telefone +351 259 350 343 devendo apagar o seu conteúdo de imediato.

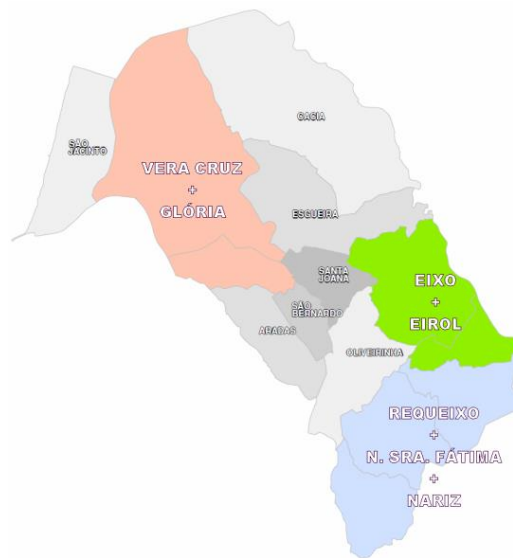
ANEXOS

ANEXO 1 – Mapa da Região de Aveiro



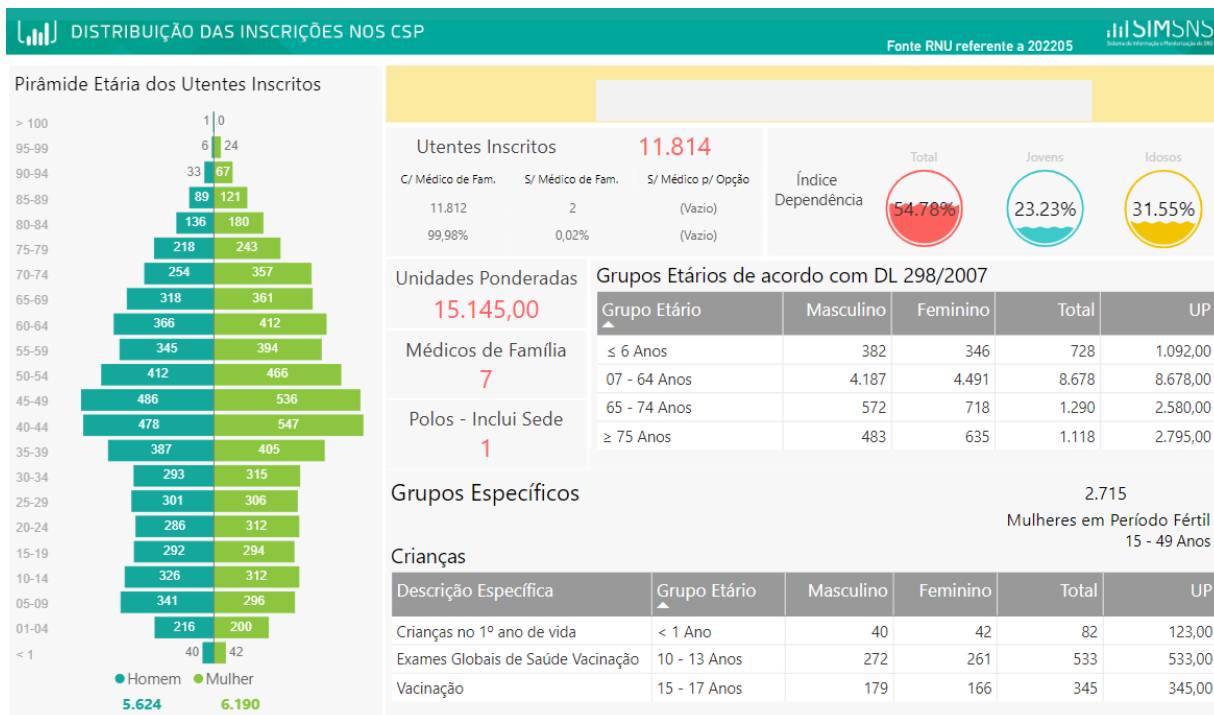
Fonte: Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIM, 2022)

ANEXO 2 – Mapa da Reorganização do território das freguesias do Município de Aveiro



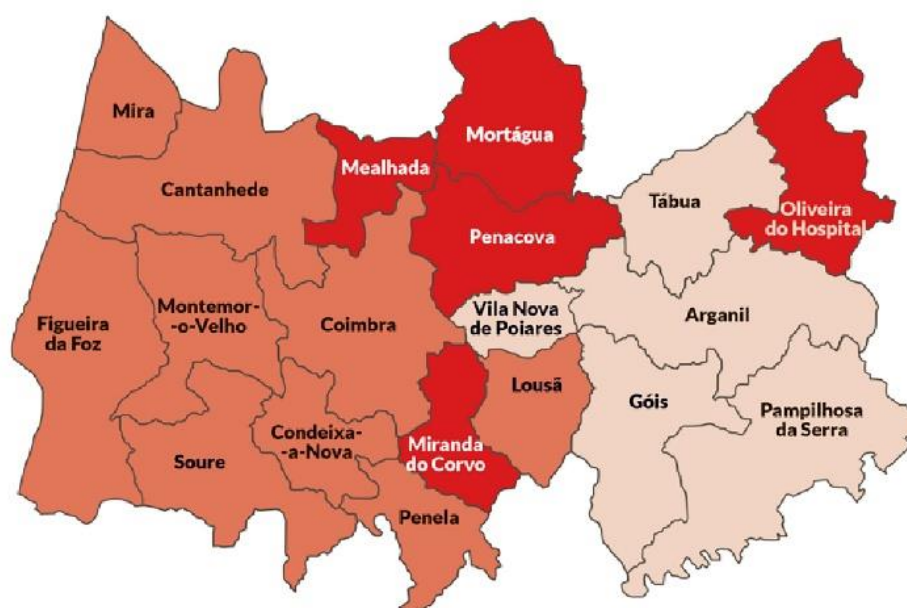
Fonte: Assembleia Municipal de Aveiro (AMA, 2012)

ANEXO 3 – Caracterização dos Utentes inscritos na USF 1



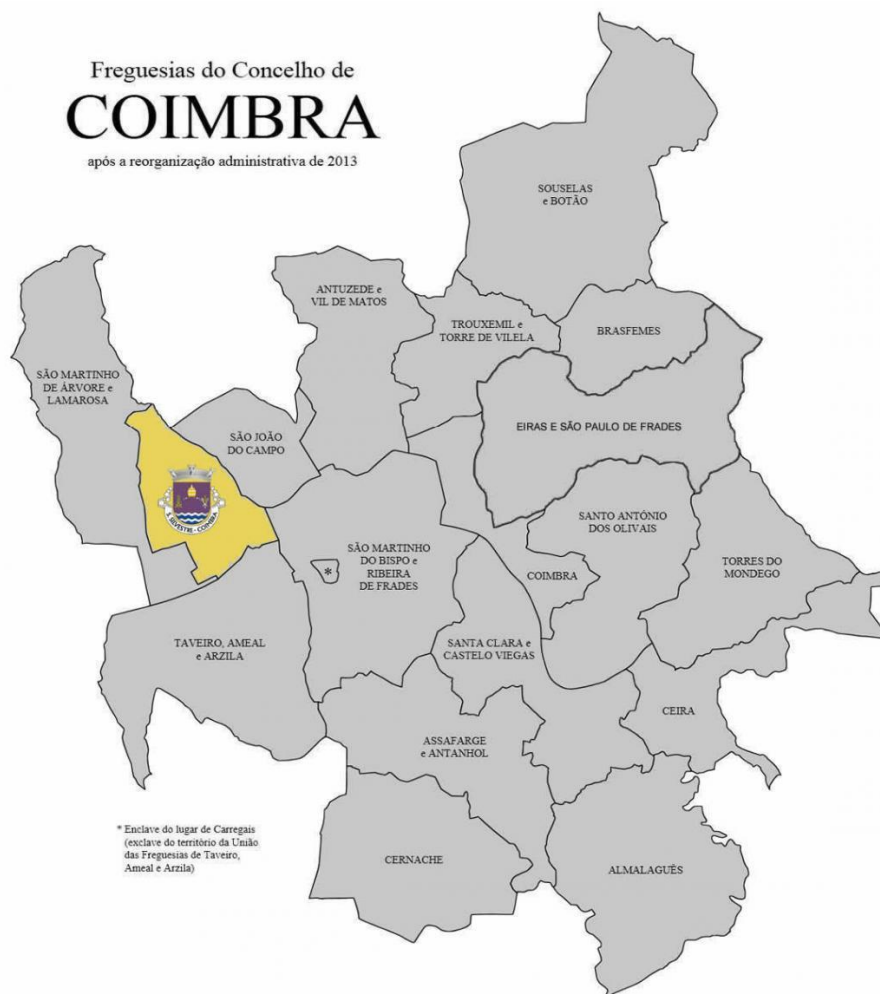
Fonte: RNU BI-CSP referente a 05/2022 (SNS, 2022)

ANEXO 4 – Mapa da Região de Coimbra



Fonte: Câmara Municipal de Coimbra (CMC, 2022)

ANEXO 5 – Mapa das Freguesias do Município de Coimbra



Fonte: Câmara Municipal de Coimbra (CMC, 2022)

ANEXO 6 – Caracterização dos Utentes inscritos na USF 2



Fonte: RNU BI-CSP referente a 10/2022 (SNS, 2022)

**ANEXO 7 – Certificados de apresentação do Projeto de Melhoria Contínua:
“Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no
contexto domiciliário”**



UNIDADE
DE SAÚDE
FAMILIAR

CERTIFICADO

Maria de Fátima Rodrigues Costa Coelho apresentou o tema: "MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO CONTEXTO

DOMICILIÁRIO", no dia 28 de novembro de 2022.

Conselha Técnica IP
USF RUY DE OLIVEIRA

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que Fátima Coelho, natural de República Federal Ale^{manha}, nascida em 29/09/74, de nacionalidade Portuguesa, com o n.º de Identificação Civil _____ até 11, a exercer funções na Unidade Funcional _____ foi formadora na formação "**Melhores Práticas nas famílias em transição para a Parentalidade no contexto domiciliário**" no dia 10 de fevereiro de 2023, num total de 30 minutos.

(Enfermeira CT da _____)

Certificado

Certifica-se que Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho, titular do n.º de identificação (CC) 1 [REDACTED], realizou a apresentação subordinada ao tema “MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO”.

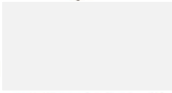
São Martinho do Bispo, 10 de fevereiro de 2023

O Conselho Técnico

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



CERTIFICADO

Certifica-se que Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho, Enfermeira, com o número de Identificação Civil : [REDACTED], foi formadora a 25/01/2023 num total de 3 horas com o tema **“Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário”**, no âmbito do Plano Anual Integrado de Formação Contínua, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

A Coordenadora e o Conselho Técnico da referida unidade de saúde declaram, para efeitos curriculares, que as informações presentes neste documento são verdadeiras pelo que o mesmo é datado e assinado.

Coimbra, 25 de janeiro de 2023

A Coordenadora

— [REDACTED] —

O Conselho Técnico

[REDACTED]

CERTIFICADO

Certifica-se que Maria Fátima Rodrigues Costa Coelho inscrita na ordem dos Enfermeiros com CP [REDACTED], participação na formação “Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário” como formadora, num total de 3 horas, que se realizou no centro de Saúde de [REDACTED] no dia 18 de novembro de 2022.

O seu contributo enquadrou-se no Plano de Desenvolvimento de Competências e de Formação de 2022 da [REDACTED]

Coimbra, 18 de novembro

O concelho técnico

A Coordenadora

ANEXO 8 – Certificado de participação no XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como Fatores Protetores da Saúde Familiar

XIV Encontro do Dia Internacional da Família
Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar



Certificado

Certifica-se que **Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho**, nascido(a) a 1974-09-29, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação n.º [REDACTED], participou no **XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar**, que decorreu no dia 14 de maio de 2022, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 14 de maio de 2022

Pe' A Comissão Organizadora	A Presidente da ESEnFC
	
Professora Clarinda Cruzeiro	Professora Doutora Aida Cruz Mendes

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado n.º C001317-669/2022

ANEXO 9 – Certificado de participação no 1º Encontro de Terapia Familiar e Intervenção Sistémica nos Cuidados de Saúde Primários



Núcleo de Promoção
Educativa e Formação em
Cuidado dos Cuidados de Saúde Primários

1º ENCONTRO
DE TERAPIA FAMILIAR E INTERVENÇÃO SISTÉMICA
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CRESCIMENTO NA MUDANÇA

CERTIFICADO

NOME: **Maria Fátima Rodrigues Costa Coelho**

Participou no encontro
Carga horária total: 6 horas
2 de dezembro 2022| Fórum Lisboa

Assinado por: NELSON DA ENCARNAÇÃO CALADO
Num. de Identificação: 11020359
Data: 2022.12.06 22:24:07+00'00'

P'la Comissão Organizadora

 CARTÃO DE CIDADÃO

COMISSÃO ORGANIZADORA:
Alexandra Alvarez | Ana Murjal | Benvinda Pedroso | Carina Nunes | Isabel Apolinário
| Lara Monteiro | Nelson Calado | Patrícia Barrancos | Teresa Alcaso | Zélia Vaz

PATROCÍNIOS:



ANEXO 10 – Certificado de participação no 1º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, ACeS Maia/Valongo



As Presidentes do 1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo, realizado no dia 12 de dezembro de 2022, certificam que:

Fátima Coelho

participou no supracitado seminário.

Cristina Mendes *Dora Pacheco*

ANEXO 11 – Certificado de participação no Seminário “Família como Unidade de Cuidados. Transições ao longo da vida”

Seminário
Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida.



Certificado

Certifica-se que **Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho**, nascido(a) a 1974-09-29, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação n.º [REDACTED], participou no **Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"**, no dia 26 de janeiro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *misto*.

Coimbra, 26 de janeiro de 2023

Pe/A Comissão Organizadora

Eva Menino

Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

O Presidente da ESEnfC

Amara

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO 12 - Escala de Graffar

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

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

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 456 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

ANEXO 13 – Escala Apgar Familiar de *Smilkstein*

APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa			
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida			
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			
Total			

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

ANEXO 14 – Escala *FACES II*

ESCALA DE FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor indique em cada afirmação o valor que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

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

		1	2	3	4	5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3	E mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.					
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12	E difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15	Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.					
20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22	Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					
24	E difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.					

Data:

Nome/código

**ANEXO 15 – Certificado de apresentação de comunicação em poster:
“Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição
para a Parentalidade: Revisão Integrativa”**

XIV Encontro do Dia Internacional da Família
Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar



Certificado

Certifica-se que o póster "**PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO DE VISITA DOMICILIÁRIA EM FAMÍLIAS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA**", do(s) autor(es) Ana Paula Tardego Reis, ÉLIA VALE, Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho e Eva Menino, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por *Ana Paula Tardego Reis*, no âmbito do **XIV Encontro do Dia Internacional da Família: Habitação e Inclusão como fatores protetores da saúde familiar**, que decorreu no dia 14 de maio de 2022, em formato online, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 14 de maio de 2022

Pel'A Comissão Organizadora

Professora Clarinda Cruzeiro

A Presidente da ESEnFC

Professora Doutora Aida Cruz Mendes

ANEXO 16 – Certificado de apresentação de comunicação oral: “Programas de Intervenção de Visita Domiciliária em Famílias na Transição para a Parentalidade: Revisão Integrativa”



**f Seminário
Enfermagem
Saúde Familiar**
ACES Maia/Valongo

ARS NORTE
ACES Maia/Valongo
SPESF

As Presidentes do 1º Seminário em Enfermagem de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo, realizado no dia 12 de dezembro de 2022, certificam que:

Élia Margarida Filipe do Vale
Ana Paula Tardego Reis
Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho
Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino
Armando Manuel Marques Silva

Apresentaram, no supracitado seminário, a seguinte comunicação oral:

Programas de intervenção de visita domiciliária em famílias na transição para a parentalidade: revisão integrativa

Cristina Mendes *Lizora Figueiredo*

ANEXO 17 – Certificado de apresentação de comunicação oral do projeto de investigação “Interações familiares em famílias com adolescentes”

Seminário
Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida.



Certificado

Certifica-se que **Maria de Fátima Rodrigues da Costa Coelho**, participou como oradora com o tema *"Interações familiares em famílias com adolescentes"*, na apresentação "Prática baseada na evidência em torno da família como unidade de cuidados", no âmbito do **Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"**, no dia 26 de janeiro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *misto*.

Coimbra, 26 de janeiro de 2023

Pe/A Comissão Organizadora

Eva Menino

Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

O Presidente da ESEnfC

Amara

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral