



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Carolina Sofia Santos Neves

Coimbra, janeiro 2024





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA  
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Coesão e Adaptação de Famílias com Filhos Adolescentes

Carolina Sofia Santos Neves

Orientadora: Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha  
Oliveira, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Paula Forte Camarneiro,  
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, janeiro 2024



## Agradecimentos

À Professora Doutora Aliete Cunha Oliveira por toda a dedicação e apoio, conhecimento partilhado, críticas e sugestões durante a execução do relatório, bem como ao longo de todo o estágio.

À Professora Doutora Ana Paula Camarneiro, pelo acompanhamento, incentivo e pela experiência partilhada.

À Enfermeira Especialista Ana Catarina Domingues pela forma como me acolheu e acompanhou ao longo de todo o estágio, pelo conhecimento e experiência partilhados e pela confiança depositada em mim no trabalho com as famílias do seu ficheiro.

À equipa da USF pelo bom acolhimento dentro da unidade.

A todas as famílias com quem tive a oportunidade de trabalhar ao longo de todo o meu percurso na USF, em especial às que aceitaram participar no estudo desenvolvido pela sua disponibilidade para se reunirem comigo.

À minha família, que está sempre do meu lado, por todo o apoio, amor, paciência e compreensão ao longo de todo este percurso.



## RESUMO

As famílias com filhos adolescentes deparam-se com uma nova fase do ciclo vital pautadas por diversas alterações provocadas por mudanças na vida do adolescente. A dinâmica e funcionalidade familiar têm um papel importante nesta transição, sendo que os adolescentes pertencentes a famílias desequilibradas estarão mais propensos a adotar comportamentos de risco. Desta forma, a avaliação da coesão e da adaptação das famílias é essencial para perceber se as famílias se encontram aptas para gerir situações de crise e transições com sucesso.

**Objetivos:** O estudo desenvolvido tem como objetivos conhecer a coesão e a adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes, nomeadamente tendo em conta o tipo de família, a fase da adolescência em que se encontram e as habilitações literárias dos pais.

**Metodologia:** É um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional. A amostra é composta por 30 famílias com filhos adolescentes, correspondendo a 91 elementos. O instrumento de colheita de dados contém duas partes, a primeira é constituída por um questionário sociodemográfico e a segunda é constituída pela escala de FACES IV.

**Resultados:** Os principais resultados revelaram que a maioria das famílias participantes enquadra-se na tipologia de família equilibrada, apresentam níveis elevados de flexibilidade e coesão, e níveis baixos de desmembramento e caoticidade. As famílias estudadas apresentam níveis baixos e muito baixos quanto à satisfação. Foi também possível perceber (com significância marginal) que: as famílias monoparentais tendem a enquadrar-se na tipologia desmembrada; as famílias com adolescentes entre os 14 e 15 anos estarão mais propensas a percecionar a sua família como desmembrada; e os pais que têm como habilitações literárias o ensino secundário têm maior tendência a classificarem as suas famílias como caóticas e podem ter maior tendência a se percecionarem como famílias desmembradas.

**Conclusão:** Os resultados encontrados reforçam a importância do estudo do funcionamento das famílias pelos enfermeiros especialistas de saúde familiar, identificando famílias com maior probabilidade de apresentarem alterações ao nível da coesão e adaptação familiar, permitindo perceber que famílias apresentarão mais

dificuldades na sua transição de vida. Contudo, esta constitui uma área pouco estudada e com escassez de trabalhos publicados em Portugal com a escala de FACES IV, sendo uma área a investir na saúde familiar.

**Palavras-chave:** Enfermagem Familiar; Família; Adolescentes; Coesão; Adaptação

## **ABSTRACT**

Families with teenage children are faced with a new phase in their life cycle, marked by various alterations caused by changes in the teenager's life. Family dynamics and functionality play an important role in this transition, and adolescents belonging to unbalanced families are more likely to adopt risky behaviors. In this way, assessing family cohesion and adaptation is essential to understand whether families are able to manage crisis situations and transitions successfully.

**Objectives:** The aim of this study is to understand the cohesion and adaptability of families with adolescent children, taking into account the type of family, the stage of adolescence they are in and the parents' educational qualifications.

**Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study. The study sample consisted of 30 families with adolescent children, corresponding to 91 elements. The data collection instrument was a questionnaire divided into two parts, the first corresponding to sociodemographic variables and the second consisting of the FACES IV scale.

**Results:** The main results revealed that the majority of the participating families fall into the balanced family typology, have high levels of flexibility and cohesion and low levels of dismemberment and chaoticity. The families studied have low and very low levels of satisfaction. It was also possible to verify (with marginal significance) that: single-parent families tend to fit into the dismembered typology; families with teenagers aged between 14 and 15 are more likely to perceive their family as dismembered; and parents with secondary education are more likely to classify their families as chaotic and may have a greater tendency to perceive themselves as dismembered families.

**Conclusion:** The results found reinforce the importance of studying family functioning by specialist family health nurses, identifying families that are more likely to experience changes in terms of family cohesion and adaptation, and enabling them to understand which families will experience more difficulties in their life transition. However, this is an area that has been little studied and there is a lack of published work in Portugal using the FACES IV scale, making it an area for investment in family health.

**Keywords:** Family Nursing; Family; Adolescents; Cohesion; Adaptation



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. ATIVIDADE CLÍNICA</b> .....	19
1.1 CONTEXTO CLÍNICO .....	19
1.1.1 <i>Caracterização do Contexto de Estágio</i> .....	19
1.1.2 <i>População inscrita</i> .....	21
1.1.3 <i>Caracterização das famílias</i> .....	22
1.2 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES DESENVOLVIDA.....	25
1.3 MODELOS TEÓRICOS .....	32
1.3.1 <i>Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar</i> .....	32
1.3.2 <i>Teoria das Transições</i> .....	34
<b>2. ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	37
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	37
2.1.1 <i>Ciclo vital da família</i> .....	37
2.1.2 <i>Tipos de Família</i> .....	38
2.1.3 <i>Família com filhos adolescentes</i> .....	38
2.1.4 <i>Modelo Circumplexo de Olson do Funcionamento Familiar</i> .....	41
2.2 METODOLOGIA .....	42
2.2.1 <i>Questão de Investigação</i> .....	43
2.2.2 <i>Objetivos</i> .....	43
2.2.3 <i>Tipo de Estudo</i> .....	43
2.2.4 <i>Amostra</i> .....	43
2.2.5 <i>Instrumento de Colheita de Dados</i> .....	44
2.2.6 <i>Procedimento de Colheita de Dados</i> .....	48
2.2.7 <i>Questões Éticas</i> .....	48
2.2.8 <i>Análise Estatística</i> .....	49
<b>3. RESULTADOS</b> .....	51
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>CONCLUSÃO</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65

## APÊNDICES

**APÊNDICE I-** Dia Internacional das Famílias

**APÊNDICE II-** Conscientização para a Violência contra a Pessoa Idosa

**APÊNDICE III-** Instrumento de Colheita de Dados

**APÊNDICE IV-** Autorização dos Autores para utilização da escala

**APÊNDICE V-** Consentimento Informado- Adultos e Adolescentes

**ANEXOS**

**ANEXO I-** Tabelas de Conversão

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACeS-** Agrupamento de Centros de Saúde

**ARS-** Administração Regional de Saúde

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

**CSP-** Cuidados de Saúde Primários

**ESEnfC-** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**FACES-** Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar

**MDAIF-** Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**UCC-** Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP-** Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

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

**USF-** Unidade de Saúde Familiar



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Pirâmide Etária em fevereiro de 2023.....	21
<b>Figura 2-</b> Distribuição das Idades dos Utentes pertencentes ao ficheiro da Enfermeira Cooperante, dados de 2022.....	23
<b>Figura 3-</b> Tipologia Familiar, dados de 2022.....	24
<b>Figura 4-</b> Fases do Ciclo Vital, dados de 2022.....	24
<b>Figura 5-</b> Programas Ativos, dados de 2022.....	25
<b>Figura 6-</b> Perfil total da amostra.....	55



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Distribuição dos Utentes da USF por faixa etária.....	21
<b>Tabela 2-</b> Alphas de Cronbach obtidos pelas subescalas da FACES IV.....	48
<b>Tabela 3-</b> Teste de Normalidade aplicado às subescalas do FACES IV.....	49
<b>Tabela 4-</b> Caracterização da Amostra.....	52
<b>Tabela 5-</b> Resultados das subescalas Equilibradas e Desequilibradas de Coesão e Flexibilidade.....	53
<b>Tabela 6-</b> Resultados das subescalas de Comunicação e Satisfação familiar.....	54
<b>Tabela 7-</b> Resultados dos rácios de Coesão, Flexibilidade e Circumplexo total.....	54
<b>Tabela 8-</b> Comparação das subescalas (percentis) em função da Composição Familiar .....	55
<b>Tabela 9-</b> Comparação das subescalas (percentis) em função da fase da Adolescência.....	56
<b>Tabela 10-</b> Comparação das subescalas (percentis) em função das Habilitações Literárias dos Pais (agrupadas).....	57



## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), foi desenvolvido um estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo sido elaborado o presente relatório.

Os estágios do curso supracitado são desenvolvidos em USF ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) uma vez que, segundo o Decreto-Lei 118/2014 de 5 de agosto de 2014 do Ministério da Saúde, é nestas unidades que o enfermeiro tem um contexto de excelência que lhe permite prestar cuidados globais às famílias ao longo do seu ciclo vital e em todos os contextos da comunidade.

A importância da família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem vindo a evidenciar-se na implementação de políticas de saúde, ao integrar a família como parceira nos cuidados de saúde.

Ao longo do tempo a sociedade foi submetida a diversas transformações, no entanto, os cuidados praticados levam-nos a perceber que a família permanece como o suporte mais comum dos cuidados na comunidade, sendo por isso crucial que os enfermeiros envolvam as famílias nos cuidados (Wright et al., 2002; Martins, 2002; Bousso; Tito et al., 2004; Simpson et al., 2006, como referido por Figueiredo, 2009).

É definido, através da Portaria nº 8/2015, de 12 de janeiro, que a intervenção do enfermeiro de família deve centrar-se na resposta humana aos problemas de saúde ao longo do ciclo vital, em colaboração com outros profissionais de saúde, acompanhando os cidadãos e famílias na gestão efetiva dos processos de transição.

O papel do enfermeiro de família, segundo o descrito no Regulamento nº428/2018 do Ministério da Saúde, de 16 de julho de 2018, é considerado eixo estruturante no acesso e prestação de cuidados nos CSP realçando o seu contributo para a ligação entre a família, profissionais de saúde e recursos da comunidade.

Os cuidados de enfermagem prestados às famílias devem focar-se na interação enfermeiro-família, uma vez que implica o estabelecimento de uma relação interpessoal significativa e terapêutica. O enfermeiro deve: reconhecer a família como sujeito do seu processo de cuidados, com direitos e deveres; deve ouvir e estar presente; deve

respeitar e garantir os direitos das famílias nos serviços de saúde; deve participar na criação e implementação de políticas de saúde que promovam a saúde e bem-estar familiar (Cossete et al., 2016).

As USF, local da realização do estágio, constituem unidades fundamentais de prestação de cuidados individuais e familiares, onde se impulsiona o desenvolvimento profissional do enfermeiro de família nas equipas de saúde familiares.

O processo de reorganização dos CSP, nomeadamente com a constituição das USF e UCSP, potencializou os cuidados de enfermagem centrada na família nas equipas de saúde familiar, sendo necessária a formação especializada de enfermeiros de saúde familiar (Silva, 2016).

De acordo com o Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de saúde familiar tem como competências: cuidar da família, de cada elemento e do seu todo, ao longo da vida e aos diferentes níveis de prevenção, auxiliando a família ao longo das suas transições, assim como liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Neste sentido, o presente relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas refletindo sobre as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, mas também apresentar o trabalho de investigação realizado sobre a problemática identificada em contexto de estágio.

O presente documento encontra-se dividido em 2 capítulos. O primeiro diz respeito à atividade clínica, onde se abordam as atividades desenvolvidas, o enquadramento em enfermagem de saúde familiar e a reflexão sobre as competências de enfermeira especialista, assim como dois modelos teóricos que fundamentaram a minha prática durante o estágio. O segundo inclui a atividade de investigação, onde se aborda o tema à luz do estado da arte mais atual, a metodologia do trabalho realizado e de seguida se apresentam, analisam e discutem os resultados.

## **1. ATIVIDADE CLÍNICA**

### **1.1 CONTEXTO CLÍNICO**

As unidades curriculares de Prática Clínica e Estágio foram desenvolvidas numa unidade funcional pertencente à ARS Centro, com início de atividade a 12 de novembro de 2012, como modelo A, tendo posteriormente transitado para modelo B a 16 de dezembro de 2016. A unidade curricular de Prática Clínica decorreu ao longo de 405 horas, de 19 de abril a 9 de julho de 2022, e a unidade de Estágio decorreu ao longo de 552 horas, de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023.

#### **1.1.1 Caracterização do Contexto de Estágio**

A equipa multidisciplinar é constituída por cinco médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, cinco Enfermeiras e quatro Assistentes Técnicos. Cada equipa de médico e enfermeira partilham um mesmo ficheiro de utentes, prestando todos os cuidados necessários ao longo de todo o ciclo vital.

A USF disponibiliza os serviços constantes da Carteira Básica de Serviços, cujos programas assistenciais se encontram a seguir:

- Programa de Saúde Geral
- Programa de Saúde do Adulto e do Idoso
- Programa de Cuidados na Doença Aguda (Consulta Aberta/Intersubstituição)
- Programa de Saúde Infantil e Juvenil
- Programa de Saúde Materna
- Programa de Planeamento Familiar
- Programa de Prevenção Oncológica na Mulher: Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Programa de Rastreio do Cancro da Mama
- Programa de Vigilância da Diabetes
- Programa de Vigilância de Fatores de Risco da Doença Cardiovascular

- Programa de Cuidados no Domicílio
- Programa de Vacinação

A USF em questão constitui um projeto renovado diariamente no contacto com os vários desafios da prestação de cuidados e cujo desenvolvimento só é possível devido à existência de uma equipa disponível para implementar na prática os ideias, valores e conceitos preconizados para as USF que integram o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciado em 2005. Esta equipa multiprofissional tem como objetivo potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional estável, no decurso da sua atividade de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, transmitindo segurança e transparência aos seus utentes.

A unidade funcional apresenta como lema “Transparência nos Cuidados, Afeto na Saúde”, refletindo os seus ideais do que é uma família: um refúgio seguro que prima pelo afeto e honestidade.

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) têm como missão, visão e valores, os seguintes:

- Missão: “Prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantido a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos”;
- Visão: “Esta equipa multiprofissional tem como visão potenciar as aptidões e competências de cada indivíduo/família/comunidade e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, no decurso da sua atividade de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, transmitindo segurança e transparência aos seus utentes”;
- Valores: “A equipa reger-se-á pelos valores da transparência, competência, dinamismo, rigor e inovação, procurando espelhar a sua dedicação e afeto, na qualidade dos serviços prestados à comunidade”.

Com vista à melhoria da acessibilidade, a equipa de saúde encontra-se disponível para trabalhar em intersubstituição, colmatando as ausências programadas ou imprevistas de colegas. A prevenção da doença e promoção da saúde são conseguidas com a correta programação do atendimento nos programas de saúde e vigilância, assim como na programação dos horários de atendimento de cada profissional, de forma a que exista um espaço diário dedicado a doença aguda.

A área de atuação desta unidade funcional compreende uma área geográfica de 138.7 km<sup>2</sup>.

O concelho onde funciona a unidade funcional em questão tem o Centro de Saúde localizado na sede do concelho, onde funcionam duas USF e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Existem ainda no concelho diversas clínicas privadas, vários laboratórios de análises clínicas, um centro de diagnóstico imagiológico e cinco farmácias. Ainda na sede do concelho funciona uma clínica para doentes psiquiátricos, 3 estruturas residenciais para a pessoa idosa, 5 centros de dia (2 dos quais prestam apoio domiciliário) e uma associação de apoio ao cidadão deficiente mental.

Existe ainda um posto da Guarda Nacional Republicana, um quartel de Bombeiros Voluntários, o Serviço Municipal de Proteção Civil, um posto de correios e vários estabelecimentos de restauração, comércio e prestação de serviços.

### 1.1.2 População inscrita

De acordo com a Distribuição de inscrições nos CSP, obtida no BI-CSP (2023), apresento a distribuição dos utentes por faixa etária e as unidades ponderadas equivalente, da USF (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos Utentes da USF por faixa etária, dados de 2023

GRUPO ETÁRIO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	UP
≤ 6 ANOS	292	238	530	795
07 - 64 ANOS	3 212	3 285	6 497	6497
65 - 74 ANOS	415	529	944	1888
≥ 75 ANOS	449	669	1 118	2795

Em termos gráficos, apresento a pirâmide etária da população inscrita na USF (Figura 1).

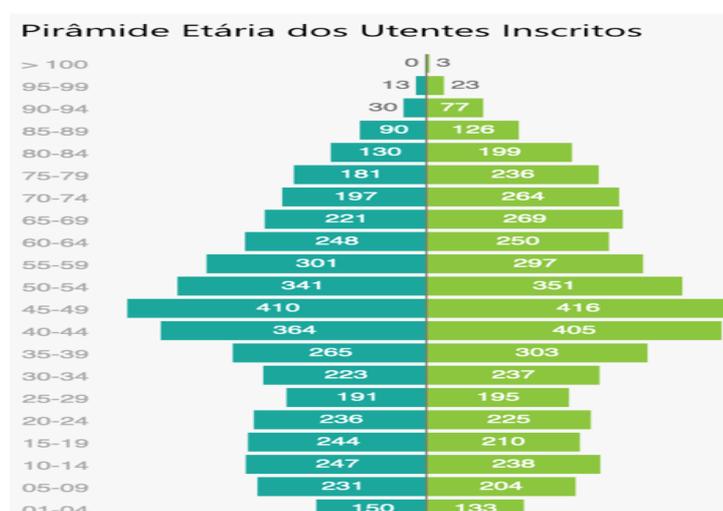


Figura 1- Pirâmide Etária em fevereiro 2023 (Recuperado de BI-CSP)

A pirâmide etária da população adquire a forma de um “barril”, com predomínio dos indivíduos em idade ativa, principalmente entre os 40 e os 49 anos.

A USF onde realizei o estágio têm um total de 9046 utentes inscritos, com um índice de dependência de 57,94% (jovens: 22,26% e idosos: 35,68%). A unidade atingiu um Índice Geral de Desempenho de 85,60 em 2022 (Sistema Nacional de Saúde (SNS), 2023).

Segundo o artigo 3º do Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto, o enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados, prestando cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis. Contribuí, também, para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente: grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2014).

A equipa de enfermagem da USF onde realizei o estágio presta cuidados de saúde aos utentes, maioritariamente os do seu ficheiro clínico, prestando cuidados de enfermagem globais, em todos os processos de vida, nos diferentes contextos da comunidade.

De acordo com o Decreto-Lei nº298/2007 do Ministério da Saúde, a cada enfermeiro devem ser confiados o número de utentes correspondente a 300 a 400 famílias, e, segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE o valor médio de utentes por enfermeiro de família corresponde a 1550. Relativamente ao ficheiro da enfermeira cooperante, em fevereiro de 2022, este era composto por 766 famílias, correspondendo a 1844 utentes. Este número elevado de famílias deve-se ao facto de estas serem na sua maioria constituídas por poucos elementos (em média, 2,4 elementos por família), no entanto o número total de elementos é muito superior ao recomendado de 1550 utentes.

### **1.1.3 Caracterização das famílias**

A definição de família segundo o International Council of Nurses, consiste num grupo ou unidade funcional que é constituído por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE,2015).

Hanson (2005) refere-se a família como um conjunto de dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e económico, sendo que os seus elementos são auto-definidos.

O ficheiro da enfermeira tutora compreende um total de 766 famílias, perfazendo um total de 1844 utentes, correspondendo a 53,4 % do sexo feminino e 46,6% do sexo masculino. O valor é similar ao da USF, sendo este de 51,9 % para o sexo feminino e de 48,1% para o sexo masculino.

Foi realizada uma caracterização das famílias utilizando a informação obtido no SClinico e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

A figura abaixo representa a distribuição das idades da população referida.

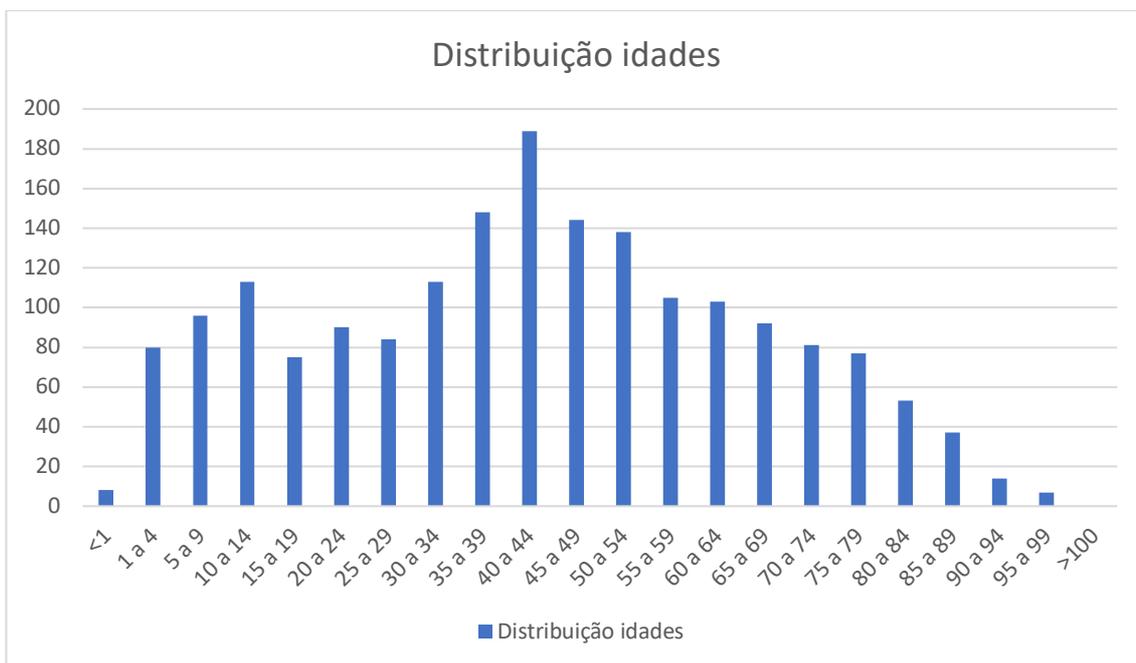


Figura 2- Distribuição das Idades dos Utentes pertencentes ao ficheiro da Enfermeira Cooperante, dados de 2022

Foi realizada a divisão das famílias tendo em conta o tipo de família através dos sistemas de informação. A informação foi validada com as famílias com quem fui tendo contacto presencial, na USF ou no domicílio.

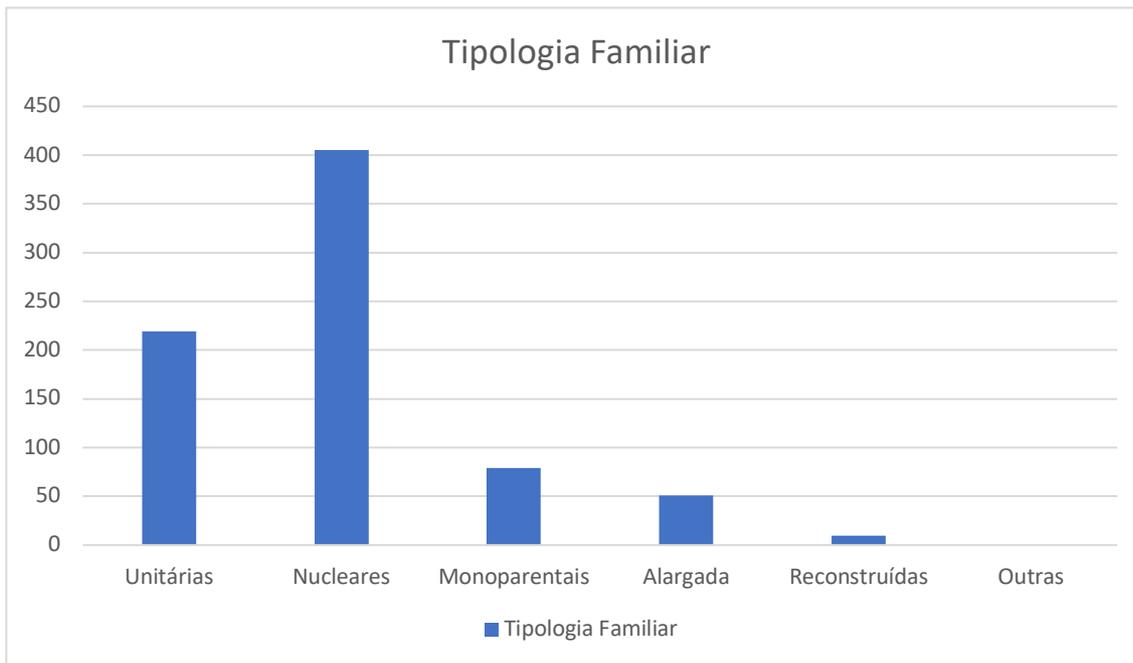


Figura 3- Tipologia Familiar, dados de 2022

Segundo os dados obtidos, o ficheiro apresenta 10,4% famílias monoparentais e 23,3% famílias unitárias, dados esses que são similares às médias nacionais, 10,3% e 28,5%, respetivamente (PORDATA, 2022).

Na tabela apresentada abaixo estão representadas as famílias agrupadas pela sua fase do ciclo vital. São incluídas algumas famílias como não avaliadas porque não foi possível concluir a fase do ciclo vital em que se encontravam apenas com a análise no SCinico.

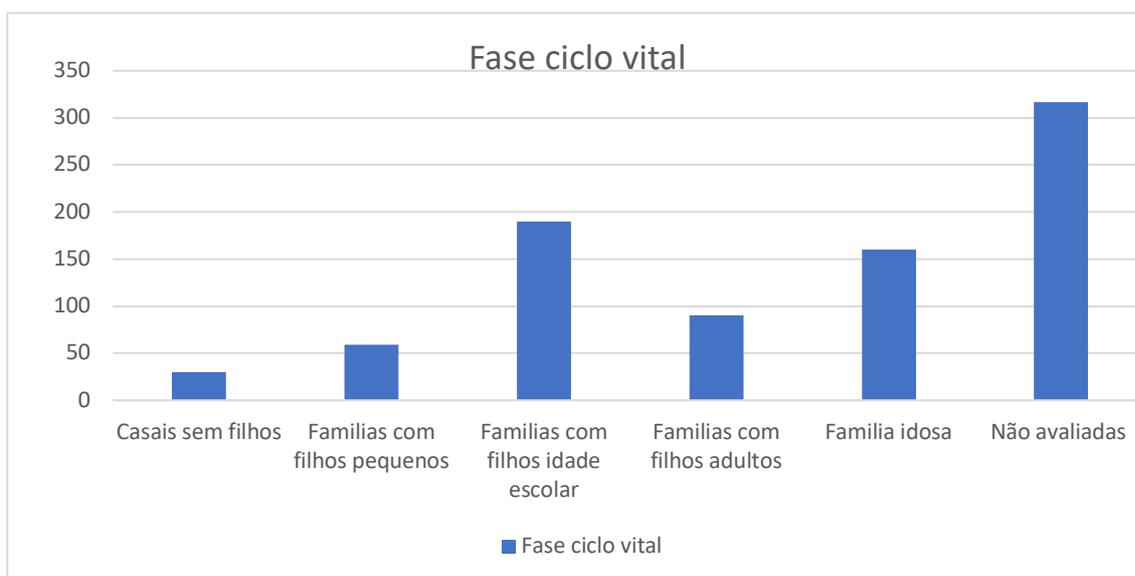


Figura 4- Fases do Ciclo Vital, dados de 2022

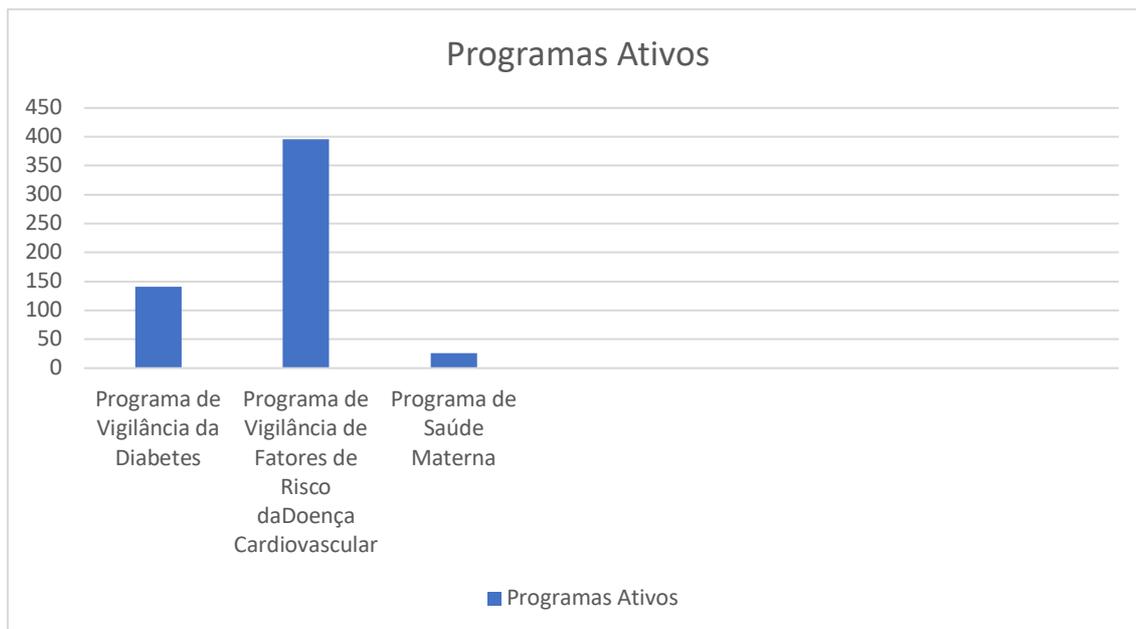


Figura 5- Programas Ativos, dados de 2022

A tabela acima apresenta os programas de vigilância ativos em maio de 2022, sendo que, nesse momento, o ficheiro da enfermeira cooperante incluía 26 mulheres grávidas, 141 utentes diabéticos e 396 utentes hipertensos. Os dados apresentados contêm apenas os programas diferenciados, sendo que todos os utentes apresentavam os programas de saúde respetivos sua faixa etária ativos, nomeadamente o Programa de Saúde do Adulto e do Idoso, Programa de Planeamento Familiar e Prevenção Oncológica na Mulher: Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Programa de Rastreio do Cancro da Mama, Programa de Vacinação e Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

## 1.2 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES DESENVOLVIDA

Os momentos de formação em contexto de estágio permitiram a consolidação dos conhecimentos na área de enfermagem de saúde familiar adquiridos em contexto de aulas, assim como a aquisição de competências práticas e a reflexão sobre as mesmas.

A unidade curricular de estágio tinha como objetivos: Desenvolver processos de prestação de cuidados especializados à família; Avaliar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem familiar; Enquadrar na prática clínica a evidência disponível; Desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares; Identificar questão/problema clínico, passível de formulação de questão de investigação como fundamento para a realização de investigação.

Tendo em conta os objetivos propostos no guia orientador, desenvolvi os seguintes: Avaliar as famílias tendo em conta o processo de enfermagem e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF); Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica; Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar; Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.

Os objetivos definidos baseiam-se nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, foram definidas pela OE no Regulamento nº428/2018, sendo agrupadas em dois grupos: cuidar a família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Tendo em conta o objetivo definido por avaliar as famílias tendo em conta o processo de enfermagem e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, fui trabalho com as famílias, inicialmente apenas em conjunto com a enfermeira cooperante, e depois sozinha, uma vez que foi aumentando a minha autoconfiança, mas também a relação de confiança com as famílias.

Para que o enfermeiro possa realizar o processo de avaliação e a fase de orientação do trabalho com a família com sucesso, é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança na qual exista respeito mútuo e seja estabelecida uma comunicação aberta e honesta. Ao promover a confiança, o enfermeiro também cultiva um contexto para que a família esteja aberta à implementação de futuras intervenções de enfermagem da família (Friedman, et al., 2003).

A família é reconhecida como unidade básica da sociedade, desempenhando um papel importante na saúde dos seus membros, aumentando o bem-estar dos vários elementos da estrutura familiar e, enquanto objeto dos cuidados de saúde, deve ser vista como um todo (Correia et al., 2021).

Esta constitui um sistema complexo e dinâmico, influenciada por diversas variáveis, como o meio histórico, social e cultural (variáveis extrafamiliares) e o ciclo de vida em que se encontra (variáveis intrafamiliares) (Minunchin, como referido por Gouveia-Pereira et al., 2020).

A abordagem da família enquanto sistema surge a partir da Teoria Geral dos Sistemas que descreve um sistema como um todo organizado, constituído por elementos interdependentes, em interação com objetos comuns, rodeado pelo meio exterior (Henriques et al., 2020).

As famílias devem ser vistas com um sistema contendo vários subsistemas, com regras que regulam a relação entre os vários membros, sendo que uma alteração num membro provoca alteração em todos (Dias, 2011).

As famílias possuem propriedades próprias dos sistemas, como: a totalidade, a família é mais do que a soma das suas partes e é um todo irreduzível às suas partes; a equifinalidade, que diz que famílias que partem de condições iniciais diferentes podem obter os mesmos resultados, bem como o contrário; a retroação, que refere que para compreender o comportamento de um elemento de uma família é essencial a visão circular das interações que se desenvolvem ao seu redor e ter em consideração os contextos (Alarcão, 2002).

A abordagem da avaliação das famílias teve em conta o MDAIF e foi realizada ao longo das várias consultas, permitindo desenvolver as competências englobadas na de cuidar a família como unidade de cuidados.

A avaliação realizada à família teve por base o processo de enfermagem à família. Para Potter et al. (2006) distinguem-se cinco fases no processo de enfermagem à família: a apreciação inicial, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e avaliação.

Foram avaliadas as famílias, tendo em conta que cada uma é única, com organização, função e contextos diferentes. Foi também possível ao longo dos dois estágios acompanhar as famílias ao longo do ciclo de vida e de transições efetuadas, como adaptação à paternidade e a uma nova condição saúde-doença.

A implementação do papel do enfermeiro de família, permite o estabelecimento de uma relação de confiança e terapêutica com as famílias, facilitando a prestação de cuidados, uma vez que conhecem os seus elementos, relações, contexto e forças, necessários para efetuar com sucesso os momentos de transição. O enfermeiro de família conhece as forças que as famílias demonstraram anteriormente pelo que estará mais capacitado para as ajudar a mobilizá-las nas novas transições.

Segundo Gottlieb (2016) ao ajudar a pessoa/família a desenvolver as suas forças, os enfermeiros podem converter potenciais em forças e minimizar ou conter uma fraqueza de forma a que a força se destaque, utilizando diversas técnicas: ampliando a consciência de sobre sobre uma força potencial; capitalizando as forças já existentes e adaptando à nova situação; colocando questões que estimulem novas formas de pensar.

No desenvolvimento da competência do cuidar da família, utilizando o MDAIF na avaliação familiar identifiquei alguns fatores dificultadores. A avaliação segundo o

MDAIF constitui um processo demorado, não só tendo em conta a disponibilidade do profissional de saúde, como também disponibilidade da família, pelo que na maioria das vezes não é realizada apenas num contacto. No meu estágio realizei também por vezes a avaliação apenas com um membro da família, o que me dá apenas a sua percepção, uma vez que a realidade seria a junção da perspectiva de todos os elementos da família.

Nos contactos estabelecidos no domicílio a avaliação torna-se mais fácil porque alguns aspetos são observados e as famílias estão menos preocupadas com o tempo. Na unidade funcional onde realizei o meu estágio as visitas domiciliárias não são sempre realizadas pelo enfermeiro de família, todos os dias um dos elementos da equipa de enfermagem realiza as visitas agendadas para o dia, pelo que realizei algumas visitas domiciliárias a famílias que não faziam parte do processo da enfermeira cooperante.

Quanto à documentação no SClinico após a prestação de cuidados, esta não reflete o trabalho desenvolvido devido à parametrização incompleta que existe no que diz respeito à avaliação familiar. Não permite a identificação de todos os diagnósticos, não permite a elaboração de genograma e ecomapa das famílias, e a classificação do ciclo vital utilizada é diferente no MDAIF e no SClinico.

Ao longo do estágio esforcei-me por implementar também técnicas de intervenção terapêutica no contacto com as famílias, uma vez que na primeira prática clínica não me senti confiante para o fazer.

As técnicas que utilizei na intervenção junto de algumas famílias foram o reenquadramento, a abordagem narrativa e a metáfora.

O reenquadramento consiste numa técnica que ajuda as pessoas a alargarem a sua perspectiva e a verem o seu problema ou comportamento sob uma nova luz (Gottlieb, 2016).

É uma técnica utilizada para modificar ou redirecionar a maneira como a pessoa percebe e interpreta determinada situação, considerando alternativas para ela (Pesut et al., como referido por Gottlieb, 2016)

Como refere Gottlieb (2016) é uma estratégia que ajuda as pessoas a transformarem os pontos negativos em positivos, e o profissional de enfermagem pode reenquadrar um comportamento de uma pessoa ao olhar para ele num novo contexto ou ligando-o a uma meta que pretenda alcançar.

Com esta técnica tinha como objetivo ajudar a família atribuir uma causa positiva, e não negativa, ao problema existente, ou seja, ajudar a família a associar o comportamento a algo positivo.

As abordagens narrativas foram outra das técnicas utilizadas, sendo estas promotoras da mudança no funcionamento familiar através da perturbação das narrativas dominantes do problema e posterior criação de narrativas alternativas para significar os eventos de vida (Sequeira et al., 2013).

A terapia narrativa tem como definição a construção de uma conversa que permita ao cliente reescrever a histórias alternativas sobre acontecimentos, crenças, propósitos, aprendizagens e valores, entrelaçados com a sua vida, contribuindo assim para uma nova visão de si mesmo e da vida (Paschoal et al., 2014).

As famílias tendem a percecionar os problemas como algo que se torna central, esquecendo-se da sua identidade do sistema familiar. Com a utilização desta técnica o objetivo passa por focar na solução e não no problema, baseando-se na crença de que a família tem capacidade para o resolver, simplesmente o problema estaria a ocultar os aspetos da identidade familiar necessários para o resolver e por isso parecia que não existia solução ( Pinho et al., 2022).

Como referido utilizei também a metáfora, sendo esta uma figura de linguagem em que uma palavra ou expressão é utilizada num contexto diferente fornecendo também um sentido diferente (Paschoal et al., 2014).

A metáfora permite realizar uma comunicação indireta das ideias e de intervenção indireta nas famílias (Barker, como referido por Nunes, 2013). Como comunicação indireta são consideradas as analogias, alegorias, histórias, metáforas relacionais, artísticas ou ainda objetos metafóricos (Barker, como referido por Figueiredo, 2012).

Nas terapias modernas, com ênfase na linguagem e significado, a narrativa da problemática vivenciada pode ser substituída e/ou complementada por uma palavra, uma história ou outro tipo de metáfora. Por exemplo, uma situação dramática e inesperada poderia ser nomeada como um tsunami (Paschoal et al., 2014).

Esta técnica consiste então na identificação dos fatores que influenciam o que cada elemento faz, como cada um interfere no sistema familiar e como é que estes fatores podem ser alterados de forma a interferir de forma positiva nos problemas identificados (Carvalho et al., 2022).

O segundo objetivo definido foi desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.

A prática baseada na evidência constitui a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para a tomada de decisão, nomeadamente nos cuidados prestados a famílias (Apóstolo, 2017).

Segundo a OE (2009), o enfermeiro especialista necessita de constante desenvolvimento cognitivo, formação contínua e basear a sua prática em evidência científica, transmitindo, sempre que possível, os conhecimentos aos seus pares em momentos formativos.

Para tal consultei no início dos estágios os documentos orientadores da unidade funcional e respetivos indicadores contratualizados, assim como documentos pertinentes à saúde familiar e que fundamentam a prática do enfermeiro de família.

Foram também de formação os momentos de reflexão com a enfermeira cooperante sobre os cuidados prestados a cada família.

Organizei também um momento de formação em enfermagem de família com toda a equipa de enfermagem e estudantes da licenciatura a realizar ensino clínico no momento. O tema da formação foi sobre o MDAIF, modelo desconhecido pela maioria dos elementos, e sobre instrumentos de avaliação familiar. Foi um momento bastante enriquecedor onde se refletiu sobre o modelo e instrumentos apresentados, mas também sobre as experiências prévias com as famílias. Desta forma contribui também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo uma das competências gerais do enfermeiro especialista as competências no domínio da melhoria da qualidade.

Com vista a dar visibilidade à enfermagem de saúde familiar, realizei em conjunto com uma colega de estágio duas publicações no Facebook ao longo desta prática clínica.

No dia 15 de maio de 2022 foi realizada uma partilha na página de facebook da unidade com o intuito de celebrar o Dia Internacional das Famílias, cujo tema era “Urbanização e as Famílias”, encontrando-se a mesma em apêndice (APÊNDICE I).

A partilha realizada abordava os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável relacionados com o tema selecionado pela ONU, bem como pequenas ações que cada um pode realizar, individualmente ou em família, com vista a contribuir para atingir as metas definidas.

A outra atividade planeada em conjunto com a minha colega consistia em realizar uma partilha de uma crónica no Jornal Terras de Sicó para celebração do dia da Consciencialização para a Violência contra a Pessoa Idosa, 15 de junho, encontrando-se em apêndice (APÊNDICE II). A partilha no Jornal acabou por não ser possível, pelo que se partilhou na página de facebook da unidade.

A realização do trabalho de investigação que visa dar resposta à componente de investigação do estágio permitiu também aprofundar os meus conhecimentos sobre investigação em enfermagem, bem como sobre as famílias com filhos adolescentes.

Quanto ao objetivo de envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar destaco a reflexão com a enfermeira cooperante sobre o nosso papel enquanto enfermeiras de família a acompanhar as famílias ao longo de todo o ciclo de vida e inerentes transições.

Quanto ao articular com outras equipas de saúde, ao longo de todo o estágio houve uma prestação de cuidados em conjunto com a médica responsável pelos utentes do processo. Os utentes foram sempre referenciados para a médica quando se justificava e encaminhados da médica para a enfermeira quando necessidade de capacitação, por exemplo avaliação de glicemia capilar e autoadministração de insulina.

Referenciamos também para outras equipas quando necessário, por exemplo para a assistente social num caso em que a cuidadora informal não tinha conhecimento dos apoios do estado aos cuidadores, e também as grávidas acompanhadas na consulta de vigilância eram referenciadas para as aulas de preparação para o parto ministradas pela enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia na UCC.

Segundo o Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde, os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão, determinantes para o seu exercício e boa prática, estão definidos no Código Deontológico do Enfermeiro, bem como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

A Lei nº 156/205 de 16 de setembro de 2015 define que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Assim, o enfermeiro, no desempenho das suas funções deve proteger os direitos e individualidade dos utentes, respeitando o sigilo profissional.

Neste sentido, desenvolvendo as competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, durante os estágios realizados tive em conta a proteção dos direitos dos utentes, respeitando o direito das famílias no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação, à privacidade e ao respeito pelos seus valores e crenças em saúde.

O consentimento informado, esclarecido e livre é fundamental na relação enfermeiro e utente/família e foi assegurado na avaliação das famílias do ficheiro da enfermeira cooperante, assim como no estudo de famílias com filhos adolescentes.

Percebi também que os enfermeiros priorizam a segurança do utente e famílias, tendo como base para a sua prática diária protocolos e normas que uniformizam os cuidados e mantêm um ambiente terapêutico seguro, pelo que me informei sobre os protocolos, normas e orientações existentes dado que o seu cumprimento reduz a probabilidade de erro e permite a prestação de cuidados de qualidade.

### 1.3 MODELOS TEÓRICOS

#### **1.3.1 Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**

O MDAIF constitui o modelo adotado na avaliação das famílias em Portugal pela enfermagem de família e constitui-se como a base da nossa prática. Foi utilizado diariamente durante a prática no contexto de estágio, sendo também fundamental para a avaliação do funcionamento familiar. A utilização da escala de FACES é uma das etapas do processo de avaliação familiar preconizado pelo MDAIF, incluindo-se na terceira dimensão, a dimensão funcional.

O modelo de avaliação familiar utilizado emergiu com o objetivo de dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados prestados às famílias em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012).

Desde a sua origem, a aplicação do MDAIF assume cada vez maior relevância, em particular após a adoção pela Ordem dos Enfermeiros enquanto referencial teórico-operativo para as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem e saúde familiar (OE, 2011).

De acordo com Silva (2013), cujo estudo avaliou o impacto da aplicação do MFAIF num contexto de CSP em Vila Franca do Campo, o instrumento referido apresentou um efeito positivo nos ganhos em saúde das famílias, permitindo aos enfermeiros participantes a prestação de melhores cuidados às famílias dos seus ficheiros, nomeadamente na otimização da identificação de problemas, melhor tomada de decisão e promoção da saúde familiar.

O estudo de Ferreira (2017), onde é aplicado o MDAIF num ACeS da Região Norte, permite verificar que a sua utilização beneficia os cuidados às famílias, apresentando um impacto significativo no processo de avaliação e intervenção familiar.

O estudo de caso realizado por Esteves et al. (2018) acrescenta ainda que a utilização do MDAIF possibilita aos enfermeiros o aperfeiçoamento das competências para a abordagem personalizada às famílias, centrando-se na adaptação e processos de transição.

Os conceitos centrais do modelo inserem-se nos metaparadigmas da enfermagem: família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2012).

A família é representada pelo todo e partes ao mesmo tempo, adotando características que são mais do que e são diferentes da soma das partes, e qualquer alteração afetará todos e a família tenderá a promover a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. A saúde familiar, enquanto estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. O ambiente familiar constitui-se por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis, que se influenciam. Os cuidados de enfermagem à família focam-se na interação enfermeiro-família, implicando o estabelecer de uma relação interpessoal, significativa e terapêutica (Figueiredo, 2012).

A avaliação das famílias utilizando o MDAIF é realizada através de três grandes dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional e deve ser incentivada a participação de todos os membros da família em cada uma das etapas para uma recolha de dados mais completa, e conseqüentemente maior eficácia da intervenção (Figueiredo, 2012).

A avaliação estrutural da família tem como objetivo identificar a sua composição e os vínculos existentes entre a mesma e os outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos, e ainda o ambiente. Estão englobadas as seguintes definições: composição da família; tipo de família; família extensa; sistemas mais amplos; classe social; edifício residencial; sistema de abastecimento; ambiente biológico. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem, o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada (Figueiredo, 2012).

A avaliação de desenvolvimento permite compreender fenómenos que dizem respeito ao crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontram. Permite a prestação de cuidados antecipatórios que aumentem a capacitação da família ao desenvolver tarefas essenciais e preparando-a assim para as transições. É avaliada a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental (Figueiredo, 2012).

A avaliação funcional abrange os padrões de interação familiar que permitem o desempenho de funções e tarefas. Estão enquadrados nesta etapa a dimensão instrumental que diz respeito ao papel de prestador de cuidados, e a dimensão expressiva do funcionamento familiar, destacada pelo processo familiar. O processo

familiar divide-se em 5 subdefinições: comunicação familiar, coping familiar, interações de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

Estas dimensões são operacionalizadas através da Matriz Operativa, que permite a interligação entre as etapas do processo e enfermagem, orientando e sistematizando as práticas de enfermagem de saúde familiar. Após a avaliação realizada são definidos diagnósticos e intervenções de enfermagem, de forma a minimizar os problemas encontrados e proporcionando às famílias ganhos em saúde (Figueiredo,2012).

### **1.3.2 Teoria das Transições**

As famílias são sistemas em constante interação entre si e com o meio que as rodeia, e sujeitas a diversas transições ao longo do ciclo vital, sendo que a adolescência constitui uma das transições desenvolvimentais com mais mudanças no seio da família e na sua dinâmica familiar. Neste sentido, é fundamental o papel do enfermeiro de família para auxiliar as famílias a efetuar as suas transições de forma saudável.

Segundo Meleis et al. Schumacher (2000), todas as pessoas passam por processos de transição ao longo da vida, uma vez que estas são resultado de mudanças de vida, saúde, relacionamento e ambiente.

Cada pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias, em constante interação com o ambiente e capaz de se adaptar face às mudanças (Meleis, 2012).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui uma teoria de médio alcance que defende que, ao longo do ciclo de vida, todos irão ser alvo de transições, podendo estas ser de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais (Meleis, 2010).

A palavra transição tem origem no latim *transitióne* e pode ser definida como uma passagem de uma condição para outra (Meleis et al., 2000). Pode traduzir-se como o tempo passa entre dois períodos relativamente estáveis, que leva o indivíduo/família a um período dinâmico e de mudança, que pode acarretar desequilíbrio, incerteza e conflito (Meleis, 2010). Para que seja efetuada esta transição de forma saudável é essencial aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos e a mudança da forma como se define a si mesmo (Meleis et al., 2000).

As transições são resultado de alterações que poderão ocorrer nos papéis, identidade, relações, habilidades e padrões comportamentais (Meleis et al., 2000). Os mesmos autores referem que numa transição ocorre uma perceção de mudança, a mudança propriamente dita, um período de instabilidade, culminando num período de estabilidade.

Ao longo do ciclo de vida a pessoa/família passa por diversas situações de mudança, marcadas por alteração de um estado para outro, causando instabilidade, sendo necessária adaptação para restabelecer o equilíbrio (Meleis, 2012).

Segundo Meleis (2012) as transições dividem-se em 4 tipos: de desenvolvimento (vivência de períodos significativos do ciclo de vida, como a parentalidade e adolescência); de saúde/doença (associadas a alteração na condição de saúde, como a vivência do processo de diabetes); situacionais (correspondem a mudanças na situação familiar, como a morte de parente ou ingresso de um idoso no lar); organizacionais (dizem respeito a transições no ambiente, como alterações na estrutura de uma empresa).

Existem propriedades universais associadas a um período de transição, sendo estas: a desconexidade da rede social ou sistema de apoio habitual; a perda temporária dos pontos de referência familiares; o aparecimento de novas necessidades ou a percepção de necessidades previamente existentes, mas desconhecidas pelo seio familiar; as expectativas antigas serem incongruentes com a mudança da situação (Meleis, 2012).

Existem condições que poderão influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências, sendo estas: os significados que cada pessoa atribui à transição; as expectativas de cada um relativamente à nova situação; o nível de conhecimento e capacidade apresentados e, por fim, o ambiente em que a pessoa se insere (Meleis et al., 2000).

Por fim, os indicadores de resultado permitem a identificação do fim da transição, mas também a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências. Meleis et al (2000) apresentam dois indicadores de resultado: a mestria e uma nova identidade.

O fim da transição é determinado pelo domínio de conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para gerir as novas circunstâncias, sendo este domínio designado de mestria (Gladys, et al., 2007).

A reformulação da identidade resulta do processo de integração através do ajustamento entre a pessoa e o contexto e pela coordenação entre os papéis antigos e os novos (Gazeneuve et al., como referido por Brito, 2012).

Esta teoria têm uma forte influência no exercício de enfermagem, permitindo o desenvolvimento de intervenções na prestação de cuidados às famílias durante situações de mudança (Meleis, 2010).

Os enfermeiros detêm uma posição privilegiada, constituindo o grupo profissional fundamental no apoio e facilitação dos processos de transição dos utentes (Meleis et

al., 2000). O enfermeiro de família, devido à relação de confiança e terapêutica previamente estabelecida com as famílias que acompanha tem um papel fulcral nos processos de transição das suas famílias, para que estas possam vivenciar estes momentos de forma saudável e efetuarem transições de sucesso.

## **2.ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO**

O presente estudo foi desenvolvido numa USF do ACeS Baixo Mondego, de setembro de 2022 a setembro de 2023, sendo que a recolha de dados esteve integrada no estágio desenvolvido na unidade funcional.

O ficheiro da enfermeira cooperante era constituído por 144 famílias com filhos adolescentes, sendo esta uma faixa etária que recorre pouco ao centro de saúde, dificultando a identificação de fatores de risco.

Durante o estágio foi possível constatar que, na sua maioria, as famílias frequentam o centro de saúde para as consultas de saúde materna e, enquanto os filhos são pequenos ou em idade de vacinação, para consultas de saúde infantil, para as consultas de vigilância de diabetes e hipertensão arterial e para as consultas de saúde da mulher. Excetuando estes momentos, o contacto com o centro de saúde é apenas pontual, em situações agudas.

Desta forma, a fase do ciclo vital da família com filhos adolescentes acaba por ser pouco presenciada pela equipa de saúde, enfermeiro e médico, prejudicando a prestação de cuidados, a avaliação da família, para garantir uma transição segura, e a possível identificação de problemas.

A adolescência constitui uma fase pautada por alterações na vida do adolescente, alterações do desenvolvimento, pessoais, psicológicas, sociais, sexuais. Deste modo, torna-se preponderante para a enfermagem avaliar a coesão e adaptação das famílias com vista a conhecer o seu funcionamento familiar, com vista a uma avaliação e intervenção precoce para auxiliar as famílias a efetuar uma transição saudável.

### **2.1ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1.1 Ciclo vital da família**

O ciclo vital da família tem uma grande importância para os enfermeiros de família, uma vez que a sua identificação permite a compreensão da família, otimizando a tomada de decisão relativamente a áreas prioritárias de avaliação e intervenção (Figueiredo et al., como referido por Ribeiro et al., 2021).

As famílias encontram-se em constante desenvolvimento, sendo que esta evolução inclui as mudanças do todo familiar, assim como as de cada um dos seus indivíduos.

Este processo de mudança permite definir uma sequência previsível de transformações que tem como nome ciclo vital da família, decorrendo no sentido da sua evolução, em função do cumprimento de tarefas bem definidas em cada uma das etapas (Relvas, 1996).

O ciclo vital da família constitui uma sequência previsível de alterações na organização familiar, sendo que a sua concetualização tem tido como referência a família tradicional, composta por pai, mãe e filhos, e a idade da evolução do filho mais velho (Relvas, 1996).

Relvas (1996) considera a existência de 5 etapas no ciclo vital da família: a formação do casal, onde se dá o início da família ao nível físico, psicológico e social; família com filhos pequenos, período que tem início com o nascimento do primeiro filho; família com filhos na escola, o momento de abertura do sistema familiar; família com filhos adolescentes, onde surge a necessidade de um novo equilíbrio entre o indivíduo, família e sistema social; família com filhos adultos, onde ocorre um cruzamento de gerações.

A estrutura familiar diz respeito ao conjunto de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais e, segundo Hanson (2005), o enfermeiro deve identificar os elementos que a constituem, as relações entre eles e a relação entre a família e outros sistemas sociais.

### **2.1.2 Tipos de Família**

O tipo de família é uma classificação importante, efetuada com o objetivo de perceber a sua composição e os vínculos entre os seus membros (Figueiredo, 2012).

Potter et al. (2006) defendiam a classificação da família em 5 tipos: família nuclear (composta por marido e mulher, e possivelmente filhos); alargada (inclui parentes para além da nuclear); monoparental (quando um dos pais deixa de existir na família nuclear ou quando uma pessoa solteira tem um filho); reconstituída ( formada quando os pais trazem filhos de relações passadas para uma nova situação de coabitação); padrões alternativos de relações (estas incluem relações com agregados com vários adultos, famílias com pais ausentes em que os avós criam os netos, adultos a viver sozinhos, casais homossexuais e parceiros em coabitação).

### **2.1.3 Família com filhos adolescentes**

A adolescência marca uma fase que exige um equilíbrio constante entre as exigências familiares e individuais (Alarcão, 2002).

Com a entrada da criança na adolescência, a família deve evoluir do estado de família com uma criança para uma família com um filho adolescente com vista a manutenção

de uma unidade saudável e encorajadora do crescimento (Fleming, como referido por Neves, 2015).

O período que delimita a adolescência não é consensual, tendo algumas variações relativamente ao período etário, mas, habitualmente é considerado um período de desenvolvimento do ciclo vital que se inicia na puberdade até à idade adulta, entre os 10 e os 19 anos (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2011). Está descrito desde 2002 pela OMS (OMS,2002) que este período é ainda dividido em três períodos com características e necessidades distintas: dos 10 aos 13, marcada por um crescimento rápido e início da maturação sexual; dos 14 aos 15 as principais alterações físicas estão completas, o indivíduo desenvolve um sentimento mais forte de identidade e relaciona-se de maneira mais intensa com os seus pares; dos 16 aos 19 o corpo assume a forma adulta e o adolescente desenvolve uma identidade distinta e ideias e opiniões mais firmes.

Durante a adolescência ocorre uma das fases mais delicadas e com maior necessidade de atenção, dado que se verifica a formação da identidade, de conceitos, pré-conceitos, transformações corporais, entre outras alterações, afetando tanto o social como o emocional, sendo fulcral a participação da família (Alves, 2020).

Nesta fase do ciclo vital ocorre a distribuição do poder na família. Este deixa de estar todo concentrado no subsistema parental, pelo que esta distribuição mais simétrica implica uma clara definição de regras e limites coerentes e flexíveis, para que os pais não se tornem extremamente rígidos, com o intuito de impedir a adoção de comportamentos de risco por parte dos jovens, mas também que não sejam extremamente flexíveis por medo dos comportamentos mais contestatórios e provocadores (Alarcão, 2002).

A flexibilidade familiar pode ser afetada dadas as exigências do meio, ao desafiar das normas, regras e papéis familiares por parte das crianças e jovens (Alarcão, 2002).

Neste sentido, a família, surge como a base para a formação, socialização, desenvolvimento de personalidade, cultura, estilo de vida, padrões sociais e desenvolvimento dos filhos adolescentes, pelo que é fundamental acompanhar e compreender os filhos adolescentes em todos os momentos da vida (Souza et al, 2014).

As dificuldades que vão surgindo e o modo como as famílias ultrapassam crises são situações que vão interferir com a dinâmica familiar, na qualidade das relações interpessoais e em cada um dos elementos da família (Souza et al, 2014).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a adolescência é vista pelos pais como uma fase da vida pautada por preocupações associadas às transformações, dúvidas,

escolhas e descobertas dos filhos, assim como pelas atuais exigências sociais. O período da adolescência é um período intenso de mudança que afeta o adolescente e a família, pelo que é fundamental a existência de sentimentos e valores que produzam vínculos fortes e comunicação positiva.

As experiências anteriores das famílias, a sua capacidade de utilização de recursos internos e externos, a coesão, flexibilidade e adaptabilidade, bem como a qualidade do padrão de comunicação e capacidade para desenvolver e manter uma rede social, funcionam como recursos para resolução das crises com sucesso e facilitando os processos de adaptação (Duvall et al.; Anaut, como referidos por Figueiredo, 2009).

As várias etapas do ciclo vital implicam uma reorganização familiar, considerando que todas têm impacto no sistema familiar nos momentos de crise. Olson defende que as famílias mais equilibradas se encontram melhor preparadas para efetuar as mudanças inerentes a cada etapa do ciclo vital, uma vez que dispõem dos recursos necessários para liderem com as crises (Ribeiro, 2019).

Os adolescentes pertencentes a famílias desequilibradas estarão mais propensos a desenvolver comportamentos problemáticos (Everri et al., 2016). Os comportamentos de auto dano e de risco são manifestações de dificuldade na adaptação à mudança ou de mecanismos de coping nas suas interações biopsicossociais, relacionais e familiares, pelo que a família possui um papel preditivo na fase da adolescência e nos desafios e mudanças que esta acarreta. A etapa de família com filhos adolescentes exige um novo equilíbrio entre o indivíduo, a família e o contexto social onde se inserem (Ribeiro, 2019).

Segundo o estudo de Santos et al. (2014), os comportamentos autolesivos adotados pelos adolescentes têm na sua origem um modelo de causalidade multifatorial complexa, sendo indicados como relevantes as relações interpessoais com particular incidência na família.

As relações familiares têm um papel determinante dado que podem servir de fator protetor, interferindo diretamente na saúde e bem-estar dos seus elementos, ou, pelo contrário, tornar-se num fator determinante para a destruturação psíquica do adolescente potenciado a incidência de comportamentos autolesivos (Tomé et al., 2011).

Os comportamentos autolesivos na adolescência constituem um problema de saúde pública que interfere com o presente e futuro do adolescente e família, sendo premente a necessidade de compreensão deste fenómeno pela enfermagem, utilizando uma abordagem sistémica direcionada a toda a família como sistema interativo e interdependente (Trinco et al., 2021).

Um estudo de Paclikova et al. (2018) com o objetivo de explorar a associação entre a composição, suporte e comunicação familiar com problemas emocionais e comportamentais entre os adolescentes, concluiu que uma família não intacta, monoparental ou reconstruída, é significativamente associada com uma maior incidência de problemas emocionais ou comportamentais.

Um estudo de Magklara et al. (2015), onde foram realizadas entrevistas a 2427 adolescentes tinha como objetivo investigar a prevalência de comorbidades e associações sociodemográficas e económicas com a depressão e sintomas depressivos. O estudo de Vanassche et al. (2014), aplicou questionários a 1688 adolescentes e tinha como objetivo perceber os efeitos do tipo de família, relações familiares e socialização com o consumo de álcool e comportamentos delinquentes. Os estudos referidos concluíram que a separação do sistema parental se encontra relacionada com a depressão do adolescente, risco de consumo de álcool e comportamentos agressivos como bullying ou delinquência.

É imperativo educar as famílias, realçando a importância de uma coesão e adaptabilidade equilibradas e o risco do aparecimento de dificuldades pessoais e sociais potenciadas pela ausência do equilíbrio familiar (Ribeiro, 2019).

A família e o funcionamento familiar podem funcionar como fatores protetores ou de risco. Serão um fator protetor quando a relação familiar é composta por segurança, supervisão parental e disciplina, coesão familiar e comunicação. Por outro lado, funcionam como fatores de risco quando existe má gestão dos conflitos familiares, práticas parentais inadequadas e história familiar de comportamentos de risco (Bitancour et al.; Telzer et al.; Tyler et al.; Zappe et al., como referido por Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

#### **2.1.4 Modelo Circumplexo de Olson do Funcionamento Familiar**

Em 1979, Olson desenvolveu uma das primeiras formas de conceitualizar o funcionamento familiar, o Modelo Circumplexo e as suas dimensões de adaptabilidade e coesão familiar, avaliadas pela Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES) (Place et al., 2005).

A adaptabilidade diz respeito à capacidade do sistema familiar de alterar a sua estrutura de poder, regras e o papel das relações como resposta a situação de stress situacional ou de desenvolvimento. A coesão é descrita como a ligação emocional estabelecida pelos membros de uma família (Place et al., 2005).

Podemos classificar as famílias quanto à adaptabilidade, de forma crescente: rígida, estruturada, flexível e caótica. Quanto à coesão, pode ser designada como: desmembrada, separada, ligada e emaranhada. Para cada dimensão os níveis mais adequados ao funcionamento familiar equilibrado são os centrais, sendo que os extremos são considerados problemáticos (Joh et al., 2013).

A hipótese central do Modelo Circumplexo, a hipótese curvilínea, pressupõe que relacionamentos familiares equilibrados levam a funcionamentos familiares saudáveis, contrariamente aos relacionamentos familiares desequilibrados, sendo estes os que apresentam níveis extremamente baixos ou extremamente altos em ambas as dimensões, se encontram relacionados com funcionamentos familiares problemáticos e disfuncionais (Olson, como referido por Gouveia-Pereira et al., 2020).

A níveis de coesão extremamente baixos, famílias desmembradas, estão associados vínculos deficitários e baixo compromisso, e a níveis de coesão extremamente elevados, famílias emaranhadas, remetem para uma identificação excessivamente elevada por parte dos elementos familiares, conduzindo a problemas na individualização (Olson et al., como referido por Gouveia-Pereira et al., 2020).

Os níveis de adaptabilidade/flexibilidade extremamente baixos, famílias rígidas, apresentam controlo elevado, sem presença de negociação, rigidez de papéis e pouca flexibilidade na aplicação e/ou alteração das regras da família. Quanto aos níveis de flexibilidade extremamente elevados, famílias caóticas, associam-se lideranças e papéis pouco definidos e claros (Olson, et al., como referido por Gouveia-Pereira et al., 2020).

A dinâmica familiar tem um papel importante no funcionamento das famílias, em particular nas famílias com filhos adolescentes, dado que é um período de transição e vulnerabilidade que os coloca em situações de risco, pelo que a conduta dos pais deve ser exemplar para o desenvolvimento saudável dos filhos. Posto isto, o enfermeiro de família detém a responsabilidade de prevenir, promover e educar para a saúde, intervindo com vista a prevenir danos em qualquer um dos membros das famílias (Mijangos et al., 2019).

## 2.2 METODOLOGIA

O conhecimento resultante da investigação em enfermagem propicia uma prática com base na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. Enquanto disciplina, a enfermagem sustenta os seus focos de atenção, intervenções e resultados na investigação (OE, 2006).

Assim, a componente metodológica do trabalho de investigação cuja temática é “Coesão e Adaptação de Famílias com Filhos Adolescentes” é constituída por: questão de investigação; objetivos; tipo de estudo; população e amostra; instrumento de colheita de dados; operacionalização das variáveis; procedimento de colheita de dados; procedimentos éticos e legais; tratamento estatístico dos dados.

### **2.2.1 Questão de Investigação**

Para a realização do presente estudo, delineou-se a seguinte questão de investigação:

Qual a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes?

### **2.2.2 Objetivos**

O presente estudo tem como objetivo geral:

Conhecer a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes;

Os objetivos específicos são os seguintes:

Conhecer a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes tendo em conta o tipo de família.

Analisar a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes tendo em conta a fase da adolescência em que se encontram.

Compreender a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes tendo em conta as habilitações literárias dos pais.

### **2.2.3 Tipo de Estudo**

Com vista ao alcance dos objetivos realizou-se um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional.

### **2.2.4 Amostra**

A amostra em estudo é composta por 30 famílias com filhos adolescentes inscritos no ficheiro da enfermeira cooperante de uma USF, a que correspondem 91 elementos. A amostragem é do tipo não probabilística, obtida por conveniência.

Como critérios de inclusão definiu-se: famílias com filhos adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos, independentemente da composição familiar, e, como critérios de exclusão: não aceitar participar no estudo; famílias com pelo menos um membro portador de doença mental referenciado no ficheiro.

### 2.2.5 Instrumento de Colheita de Dados

O questionário aplicado no estudo é composto por duas partes (APÊNDICE III).

A primeira parte corresponde a questões sobre as variáveis sociodemográficas das famílias de forma a caracterizar a amostra. Foram incluídas as variáveis: idade, sexo, estado civil, profissão, habilitações literárias, composição familiar, constituição da família.

A segunda parte é constituída pela escala FACES IV - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, elaborada por Goral et al. (2004, 2006), tendo por base o Modelo Circumplexo de Olson (Olson, 2000; Olson et al., 2006).

A tradução e validação da escala para a população portuguesa foi realizada por Sequeira, et al. (2015).

Esta escala avalia os padrões de relação familiar mediante o nível de coesão (limites e fronteiras internas da família) e o nível de flexibilidade/adaptação (capacidade de responder à mudança). É composta por 62 itens, pontuados numa escala tipo Likert, com 5 níveis de resposta até ao item 52 (1 = "discordo totalmente"; 2 = "discordo"; 3="indeciso"; 4 = "concordo"; 5 = "concordo totalmente") e 4 níveis de resposta do item 53 ao 62 (1 = "insatisfeito"; 2 = "geralmente satisfeito"; 3 = "muito insatisfeito"; 4 = "totalmente insatisfeito").

A Faces IV compreende 2 subescalas equilibradas e 4 subescalas desequilibradas. As equilibradas são: Coesão Equilibrada e Flexibilidade Equilibrada. As desequilibradas são: Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica. Inclui-se também uma subescala para avaliar o nível de Comunicação e uma subescala para avaliar o nível Satisfação da família.

Cada subescala equilibrada e desequilibrada é formada por 7 itens. As subescalas da Comunicação e da Satisfação apresentam 10 itens cada. Os itens têm a seguinte distribuição: subescala Coesão Equilibrada = 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; subescala Flexibilidade Equilibrada = 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; subescala Desmembrada = 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; subescala Emaranhada = 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; subescala Rígida = 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; subescala Caótica = 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42; subescala Comunicação = 43 a 52; subescala Satisfação = 53 a 62 (Olson, 2006).

As pontuações da Escala FACES IV são apresentadas em percentis, rácios e dimensões. Os percentis utilizam-se para pontuar as seis subescalas e as escalas de satisfação e comunicação, e podem ser utilizados para investigação e para uso clínico, podendo ser convertidos através das tabelas de conversão em anexo (ANEXO I).

A escala de FACES IV compreende uma descrição dos perfis que dão origem a seis tipos de famílias, obtidos através das pontuações de cada subescala para avaliar as relações familiares (Olson et al., 2006).

Os seis tipos de famílias são descritos como:

1. Equilibradas (Balanced) – apresentam pontuações altas nas subescalas equilibradas e pontuações baixas nas subescalas desequilibradas. Representam famílias com funcionamento saudável e baixo nível de funcionamento problemático, capazes de resolver eficazmente situações de stress diárias e as mudanças inerentes à fase do ciclo vital.

2. Rigidamente coesas (Rigidly Cohesive) – caracterizadas por pontuações altas na subescala coesão e pontuações médias na subescala flexibilidade, sugerindo pouca capacidade de mudança. Em termos familiares geralmente funcionam bem devido à grande proximidade entre os seus elementos, no entanto, poderão apresentar mudanças necessárias ao desenvolvimento, devido à elevada rigidez que as caracteriza.

3. Médias (Midrange) – apresentam pontuações médias em todas as subescalas, excetuando a subescala rígida, onde a pontuação pode ser muito elevada ou muito baixa. Estas famílias apresentam um funcionamento adequado, dado que não se situam em níveis extremos.

4. Flexivelmente Desequilibradas (Flexibility Unbalanced) – apresentam pontuações elevadas a todas as subescalas, exceto na da subescala coesão, sendo a pontuação média ou baixa. Estas pontuações sugerem um funcionamento problemático, no entanto a pontuação elevada na subescala flexibilidade demonstra a capacidade que estas famílias possuem de alterar dimensões problemáticas quando surgem.

5. Caoticamente desligadas (Chaotically Disengaged) – caracterizadas por pontuações baixas nas subescalas equilibradas, e nas emaranhada e rígida, e pontuações elevadas nas subescalas caótica e desmembrada. São famílias problemáticas no que diz respeito à falta de proximidade emocional, ou seja, famílias desmembradas e que apresentam dificuldades na promoção da mudança.

6. Desequilibradas (Unbalanced) – apresentam pontuações elevadas nas quatro subescalas desequilibradas e pontuações baixas nas subescalas equilibradas. Estas são as que são consideradas mais problemáticas no que diz respeito ao nível do funcionamento geral.

Os rácios demonstram o quanto um sistema familiar pode ser equilibrado ou desequilibrado face à coesão e à adaptação/flexibilidade. Estes são uteis para testar relações curvilíneas, considerando que rácios superiores a 1 representam famílias mais equilibradas do que desequilibradas e, inferiores a 1, representam o inverso. Assim, temos o rácio de coesão, rácio de flexibilidade/adaptação e rácio circumplexo total, sendo estes calculados pela divisão da subescala equilibrada pela média das desequilibradas:

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

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

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

As dimensões sintetizam as pontuações das subescalas equilibradas e desequilibradas das dimensões coesão e flexibilidade de forma a posicionar o sistema familiar no modelo circumplexo. Estas não são adequadas para investigação, mas revelam-se uteis na prática clínica. O modelo apresenta 5 níveis para cada dimensão que se refletem em 25 tipos de sistema familiar diferentes: nove sistemas equilibrados, doze sistemas equilibrados em uma dimensão e desequilibrados na outra e quatro sistemas desequilibrados em ambas as dimensões.

A FACES IV revela características métricas adequadas em diversos estudos (Neves, 2015; Olson, 2011; Silva, 2015; Gouveia-Pereira et al., 2020).

No estudo psicométrico da escala realizado por Olson (2011), a escala revelou uma forte consistência interna em cada uma das suas dimensões: Coesão Equilibrada: 0,89; Flexibilidade Equilibrada: 0,84; Desmembrada: 0,87; Emaranhada: 0,77; Rígida: 0,82; Caótica: 0,86. Conclui-se também a existência de uma elevada correlação entre as subescalas: as equilibradas correlacionam-se fortemente ( $r:0,6$ ), a subescala coesão equilibrada correlaciona-se negativamente com a desmembrada ( $r:-0,8$ ) e positivamente com a emaranhada ( $r:0,15$ ), a subescala flexibilidade equilibrada correlaciona-se negativamente com a caótica ( $r:-0,53$ ).

O estudo realizado por Neves (2015) apresenta como valores de consistência interna: coesão equilibrada: 0,72, flexibilidade equilibrada: 0,60 subescala desmembrada: 0,78, subescala emaranhada 0,34, rígida: 0,55, caótica: 0,77. No estudo de Silva (2015), os valores são: coesão equilibrada: 0,89, flexibilidade equilibrada: 0,84, subescala desmembrada: 0,87, subescala emaranhada: 0,77, rígida: 0,82, caótica: 0,86, e, no mesmo estudo, verificaram que as escalas equilibradas estão fortemente relacionadas ( $r:0,6$ ), a subescala coesão equilibrada apresenta um correlação negativa forte com a

desmembrada ( $r:-0,8$ ) e correlação não significativa com a emaranhada ( $r:0,15$ ). As subescalas de coesão desequilibrada não apresentavam correlação entre si. A flexibilidade equilibrada tinha uma correlação negativa forte com a caótica ( $r:-0,53$ ) e nenhuma correlação significativa foi encontrada com a rígida ( $r:-0,05$ ). As subescalas rígida e caótica não se correlacionam entre si.

Quanto ao estudo de Gouveia-Pereira et al.(2020) referem que a FACES IV apresenta no geral uma boa consistência interna: coesão equilibrada: 0,76, flexibilidade equilibrada: 0,70 subescala desmembrada: 0,64, subescala emaranhada 0,51, rígida: 0,68, caótica: 0,66. Verificou-se que a subescala de coesão equilibrada apresenta uma correlação negativa com ambas as subescalas de coesão desequilibrada ( $r:-0,56;-0,10$ ), enquanto as duas subescalas de coesão desequilibradas apresentaram uma correlação positiva entre si ( $r:0,27;0,29$ ). Quanto à subescala de flexibilidade equilibrada apresentou-se negativamente correlacionada com a subescala caótica ( $r:-0,41$ ) e uma correlação positiva, embora fraca, com a subescala de flexibilidade rígida ( $r:0,18$ ). As duas subescalas de flexibilidade desequilibrada não se encontravam correlacionadas de forma significativa ( $r:0,04; -0,04$ ). Existe também uma forte correlação entre as duas subescalas equilibradas ( $r: 0,66;0,63$ ).

Quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respectivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade da escala. Para aquele coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como indicando maior consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, nomeadamente para escalas tipo Likert, e, de acordo com muitos autores, nomeadamente, Nunnally como referido por Maroco et al. (2006), resultados iguais ou superiores a 0,70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu DeVellis (1991) como referido por Maroco et al. (2006).

Os resultados que apresentamos na tabela 2 permitem-nos constatar que a escala FACES IV, aplicada aos elementos da nossa amostra, apresenta valores de Alpha de Cronbach superiores a 0.70 exceto na subescala Emaranhada e, também na maioria dos casos, valores próximos ou superiores aos obtidos por Neves (2015). Podemos, assim, concluir que a FACES IV evidenciou boa consistência interna e, conseqüentemente, boa fiabilidade.

Tabela 2-Alphas de Cronbach obtidos para as subescalas da FACES IV

Subescala	<i>Alpha de Cronbach</i>	
	No estudo atual	No estudo de validação*
Coesão	0.87	0.72
Flexibilidade	0.73	0.60
Desmembrada	0.71	0.78
Emaranhada	0.54	0.34
Rígida	0.79	0.55
Caótica	0.76	0.77
Comunicação	0.88	0.91
Satisfação	0.86	0.94

\*Neves (2015)

### 2.2.6 Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada a 30 famílias com filhos adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos pertencentes ao ficheiro da enfermeira cooperante, em consulta de enfermagem na unidade funcional ou no domicílio, no período compreendido entre janeiro e fevereiro de 2023.

Os dados foram colhidos através do preenchimento do instrumento de colheita de dados construído pelos vários elementos da família, pais e filhos com idade superior a 12 anos, em consulta com a enfermeira de família ou em reuniões agendadas para o efeito. Os questionários foram guardados numa gaveta trancada no gabinete da enfermeira cooperante.

### 2.2.7 Questões Éticas

Foram asseguradas todas as questões éticas para a realização do presente estudo. Foi realizado pedido à comissão de ética da Administração Regional Saúde da Região Centro e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E).

Para utilização da Escala FACES IV-versão portuguesa, foi realizado pedido aos autores, encontrando-se o pedido e a autorização em apêndice (APÊNDICE IV).

Foi também assegurado o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes do estudo, encontrando-se o documento em apêndice (APÊNDICE V).

### 2.2.8 Análise Estatística

Para sistematizar e destacar a informação obtida com a aplicação do instrumento de colheita de dados elaborado utilizámos estatística descritiva e inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao software de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS)*, na versão 29.

As técnicas estatísticas aplicadas foram:Frequências: absolutas e relativas (percentuais);Medidas de Tendência Central: média aritmética, média ordinal e mediana;Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, valor mínimo e valor máximo;Testes: teste de Kruskal-Wallis e teste Kolmogorov-Smirnov (teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, tivemos em consideração a natureza e as características das variáveis envolvidas e as indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Maroco (2007).

Em todos os testes fixámos o valor .05 como limite de significância, ou seja, rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5%, ou seja, quando o valor  $p < .05$ .

Efetuada o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, apresentados na tabela 3, permitem-nos constatar que em nenhuma das subescalas da FACES IV a distribuição dos resultados (percentis) pode ser considerada normal ( $p < .001$ ).

Tabela 3-Teste de normalidade K-S aplicado às subescalas da FACES IV

Subescala	p
Coesão	< .001
Flexibilidade	< .001
Desmembrada	< .001
Emaranhada	< .001
Rígida	< .001
Caótica	< .001
Comunicação	< .001
Satisfação	< .001



### 3. RESULTADOS

Seguidamente procedemos a análise e apresentação dos resultados de caracterização da amostra e do estudo do funcionamento familiar, avaliado através da aplicação da escala FACES IV, assim como do estudo da relação entre o funcionamento familiar e outras variáveis presentes no estudo.

A amostra é constituída por 91 elementos, pertencentes a 30 famílias. A observação da tabela 4 permitem verificar que 34.7% dos respondentes eram filhos ou filhas, seguindo-se 33% que eram mães e 25.3% que eram pais.

As idades dos elementos da amostra situaram-se entre 12 e 58 anos, sendo a idade média de 33.10 anos, com desvio padrão de 15.51 anos. Metade dos respondentes tinham idade igual ou inferior a 41 anos. O grupo etário mais representado corresponde aos indivíduos com idades iguais ou superiores a 40 anos (51.6%), seguidos dos grupos etários dos 14 aos 15 anos (17.6%) e dos 16 aos 19 anos (13.2%).

A maioria dos inquiridos era do sexo feminino, com uma percentagem de 56%, 50.5% eram casados ou viviam em união de facto e 41.8% eram solteiros.

Verifica-se, também, que 41.8% dos elementos da amostra eram estudantes e que o grupo profissional mais representado era o dos especialistas das atividades intelectuais e científicas (23.1%), seguindo-se os técnicos e profissionais de nível intermédio (12.1%).

Relativamente às habilitações literárias constatou-se que 27.5% possuíam habilitações de nível superior, seguidos de 26.4% que tinham o ensino secundário e de 25.3% cujas habilitações se situavam ao nível do 3.º ciclo do ensino básico.

O número de elementos dos agregados familiares situou-se entre 2 e 5, predominando os agregados com 4 elementos (46.2%).

Em termos de composição familiar constatou-se que cerca de 3 em cada 4 famílias (73.6%) eram nucleares, seguidas de 15.4% que eram monoparentais.

Tabela 4- Caracterização da amostra

Variáveis	n	%
<b>Respondente</b>		
Pai	23	25.3
Mãe	30	33.0
Filho(a)	34	34.7
Irmã	2	2.2
Padrasto	2	2.2
<b>Grupo etário</b>		
[10 – 13]	7	7.7
[14 – 15]	16	17.6
[16 – 19]	12	13.2
[20 – 39]	9	9.9
≥ 40	47	51.6
M= 33.10    Md = 41.00    DP= 15.51    Min = 12    Máx = 58		
<b>Sexo</b>		
Feminino	51	56.0
Masculino	40	44.0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	38	41.8
Casado(a) / União de facto	46	50.5
Divorciado(a) / Separado(a)	7	7.7
<b>Profissão / ocupação</b>		
Profissões das Forças Armadas	0	0.0
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	0	0.0
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	21	23.1
Técnicos e profissionais de nível intermédio	11	12.1
Pessoal administrativo	6	6.6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	5	5.5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca e da floresta	3	3.3
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1	1.1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	5	5.5
Trabalhadores não qualificados	1	1.1
Estudantes	38	41.8
<b>Habilitações literárias</b>		
1.º Ciclo do Ensino Básico	1	1.1
2.º Ciclo do Ensino Básico	19	19.8
3.º Ciclo do Ensino Básico	23	25.3
Ensino Secundário	24	26.4
Ensino Superior	25	27.5
<b>N.º de elementos do agregado familiar</b>		
2	14	15.4
3	18	19.8
4	42	46.2
5	17	18.7
<b>Composição familiar</b>		
Nuclear	67	73.6
Monoparental	14	15.4
Alargada	0	0.0
Reconstruída	10	11.0

A aplicação da escala FACES IV permitiu caracterizar as famílias em cada uma das suas subescalas tendo por base a perceção de cada um dos respetivos elementos.

Os dados que apresentamos na tabela 5 permitem-nos afirmar que a maioria dos elementos evidenciou a perceção de que a família é muito coesa (64.8%) e muito flexível (80.2%). Nos resultados apresentados, 78 % das famílias percecionaram um nível muito

baixo de desmembramento, 63,7 % perceberam um nível baixo de emaranhamento e 76,8% um nível muito baixo de caoticidade. Em termos de rigidez, 48.4% dos elementos perceberam a família no nível baixo e 34.1% revelaram a percepção de que a família se situa no nível moderado.

As subescalas de flexibilidade e coesão apresentaram valores elevados com média 73.89 e 68.04 e mediana 75 e 69, respetivamente. As subescalas com resultados mais baixos foram a desmembrada e a caótica, sendo a média 22.43 e 23.07, respetivamente, e ambas com mediana 20.

Tabela 5- Resultados das subescalas equilibradas e desequilibradas de coesão e flexibilidade

Subescala	n	%
<b>Coesão</b>		
Algo coesa	3	3.3
Coesa	29	31.9
Muito coesa	59	64.8
M = 68.04    Md = 69.00    DP = 19.47    Min = 20    Máx = 99		
<b>Flexibilidade</b>		
Algo flexível	0	0.0
Flexível	18	19.8
Muito flexível	73	80.2
M = 73.89    Md = 75.00    DP = 13.21    Min = 45    Máx = 99		
<b>Desmembrada</b>		
Muito baixo	71	78.0
Baixo	18	19.8
Moderado	2	2.2
Alto	0	0.0
Muito alto	0	0.0
M = 22.43    Md = 20.00    DP = 8.49    Min = 10    Máx = 50		
<b>Emaranhada</b>		
Muito baixo	13	14.3
Baixo	58	63.7
Moderado	18	19.8
Alto	0	0.0
Muito alto	0	0.0
M = 36.76    Md = 36.00    DP = 9.30    Min = 18    Máx = 64		
<b>Rígida</b>		
Muito baixo	7	7.7
Baixo	44	48.4
Moderado	31	34.1
Alto	9	9.9
Muito alto	0	0.0
M = 42.33    Md = 40.00    DP = 13.31    Min = 15    Máx = 75		
<b>Caótica</b>		
Muito baixo	70	76.8
Baixo	19	20.9
Moderado	2	2.2
Alto	0	0.0
Muito alto	0	0.0
M = 23.07    Md = 20.00    DP = 7.53    Min = 10    Máx = 50		

Em termos de comunicação verifica-se (tabela 6) que 50.5% dos indivíduos perceberam um nível alto seguindo-se 24.2% cuja percepção corresponde a um nível muito alto. Situação oposta se constata na subescala da satisfação na qual 51.6% perceberam nível muito baixo e 34.1% um nível baixo.

Tabela 6- Resultados das subescalas de comunicação e satisfação familiar

Subescala	n	%
<b>Comunicação</b>		
Muito baixo	2	2.2
Baixo	6	6.6
Moderado	15	16.5
Alto	46	50.5
Muito alto	22	24.2
M = 67.86      Md = 70.00      DP = 21.03      Min = 14      Máx = 99		
<b>Satisfação</b>		
Muito baixo	47	51.6
Baixo	31	34.1
Moderado	11	12.1
Alto	2	2.2
Muito alto	0	0.0
$\bar{M}$ = 21.44      Md = 18.00      DP = 13.34      Min = 10      Máx = 66		

O cálculo dos rácios de coesão flexibilidade e circunplexo total e interpretação dos resultados em conformidade com o proposto pelo autor, permitiu obter os dados que constituem a tabela 7. Verifica-se que 94.5% dos inquiridos percecionam a família como equilibrada em termos de coesão, todos manifestaram a perceção de que a família é equilibrada em termos de flexibilidade e 98.9% percecionam a família como equilibrada em termos circunplexo total.

Tabela 7- Resultados dos rácios de coesão, flexibilidade e circunplexo total

Rácio	n	%
<b>Coesão</b>		
Família equilibrada	86	94.5
Família desequilibrada	5	5.5
M = 2.45      Md = 2.38      DP = 0.98      Min = 0.4      Máx = 4.8		
<b>Flexibilidade</b>		
Família equilibrada	91	100.0
Família desequilibrada	0	0.0
M = 2.38      Md = 2.27      DP = 0.74      Min = 1.1      Máx = 5.2		
<b>Circunplexo total</b>		
Família equilibrada	90	98.9
Família desequilibrada	1	1.1
M = 1.72      Md = 1.68      DP = 0.44      Min = 0.9      Máx = 3.2		

Verificamos que o perfil das famílias se enquadra na tipologia de família equilibrada, uma vez que as subescalas equilibradas pontuam valores médios altos e as subescalas desequilibradas apresentam resultados baixos.

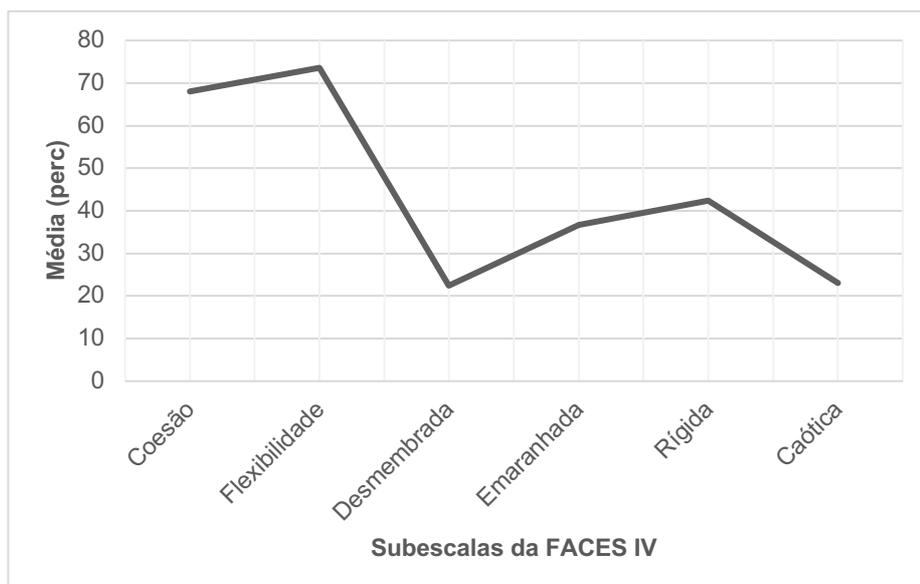


Figura 6- Perfil total da amostra

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis procedemos à comparação dos resultados das diferentes subescalas em função da composição familiar, da fase da adolescência dos filhos e das habilitações literárias dos pais.

Resultados que apresentamos na tabela 9, permitem-nos constatar que nenhuma das diferenças observadas nas diversas subescalas pode ser considerada estatisticamente significativa. Este facto, leva-nos a afirmar que a coesão e adaptabilidade das famílias e semelhante nos três tipos de composição comparados, ou seja, as famílias nucleares, monoparentais e reconstituídas apresentam coesão e adaptabilidade que não diferem significativamente.

Contudo, podemos verificar uma diferença marginal na subescala desmembrada ( $p = .056$ ), pelo que se pode concluir que existe uma tendência para que as famílias monoparentais evidenciem níveis mais elevados de desmembramento.

Tabela 8- Comparação das subescalas (percentis) em função da composição familiar

Subescala	Composição familiar	n	$\bar{x}_{ord}$	M	Md	p
<b>Coesão</b>	Nuclear	67	46.18	68.22	76.00	.413
	Monoparental	14	39.50	61.64	64.50	
	Reconstruída	10	53.90	75.80	72.50	
<b>Flexibilidade</b>	Nuclear	67	45.53	73.48	75.00	.667
	Monoparental	14	43.46	73.29	70.00	
	Reconstruída	10	52.70	77.50	76.50	
<b>Desmembrada</b>	Nuclear	67	42.39	20.97	20.00	.056
	Monoparental	14	60.57	29.00	28.00	
	Reconstruída	10	49.80	23.00	22.00	
<b>Emaranhada</b>	Nuclear	67	43.46	35.81	34.00	.236
	Monoparental	14	49.86	36.86	36.00	

Reconstruída	10	57.60	43.00	40.00	
<b>Rígida</b>					
Nuclear	67	42.54	41.12	36.00	.096
Monoparental	14	53.18	45.07	45.00	
Reconstruída	10	59.10	46.60	47.50	
<b>Caótica</b>					
Nuclear	67	44.73	22.33	20.00	.189
Monoparental	14	42.07	21.50	20.00	
Reconstruída	10	60.00	30.20	32.00	
<b>Comunicação</b>					
Nuclear	67	45.39	67.57	70.00	.866
Monoparental	14	49.46	69.50	75.00	
Reconstruída	10	45.25	37.50	68.00	
<b>Satisfação</b>					
Nuclear	67	46.13	21.13	18.00	.937
Monoparental	14	47.21	24.64	18.00	
Reconstruída	10	43.40	19.00	17.00	

Idêntica conclusão se obtém quando analisamos os resultados apresentados na tabela 10, e que foram obtidos comparando os dados das diferentes subescalas em função da fase da adolescência dos filhos. Verifica-se que em nenhuma das subescalas existem diferenças estatisticamente significativas pelo que concluímos que independentemente da fase de adolescência dos filhos a coesão e adaptabilidade das famílias é semelhante.

No entanto, existe uma diferença marginal ( $p = .073$ ) nas médias das famílias desmembradas, com média superior na faixa etária 14-15 anos, pelo que se pode concluir que as famílias com filhos entre os 14 e 15 anos têm uma maior tendência a serem desmembradas.

Tabela 9- Comparação das subescalas (percentis) em função da fase da adolescência

Subescala	Fase da adolescência	n	$\bar{x}_{ord}$	M	Md	p
<b>Coesão</b>						
	[10 – 13]	7	17.64	60.00	50.00	.803
	[14 – 15]	16	17.00	58.75	60.00	
	[16 – 19]	12	19.54	64.92	69.00	
<b>Flexibilidade</b>						
	[10 – 13]	7	17.93	70.86	75.00	.906
	[14 – 15]	16	17.28	70.13	72.50	
	[16 – 19]	12	19.00	73.83	70.00	
<b>Desmembrada</b>						
	[10 – 13]	7	17.64	26.14	26.00	.073
	[14 – 15]	16	21.91	30.75	32.00	
	[16 – 19]	12	13.00	22.00	20.00	
<b>Emaranhada</b>						
	[10 – 13]	7	17.50	37.43	36.00	.691
	[14 – 15]	16	19.53	37.88	36.00	
	[16 – 19]	12	16.25	36.33	33.00	
<b>Rígida</b>						
	[10 – 13]	7	14.43	38.57	36.00	.470
	[14 – 15]	16	17.81	43.75	40.50	
	[16 – 19]	12	20.33	45.33	42.50	
<b>Caótica</b>						
	[10 – 13]	7	17.36	24.14	26.00	.113
	[14 – 15]	16	21.63	27.38	28.00	
	[16 – 19]	12	13.54	22.92	19.00	
<b>Comunicação</b>						.258

[10 – 13]	7	19.29	65.71	62.00	
[14 – 15]	16	15.00	56.06	60.00	
[16 – 19]	12	21.25	69.75	74.00	
<b>Satisfação</b>					
[10 – 13]	7	19.50	26.43	21.00	.233
[14 – 15]	16	14.88	15.94	15.00	
[16 – 19]	12	21.29	28.75	23.00	

A comparação dos resultados obtidos para as diversas subescalas em função das habilitações literárias dos pais permitiu obter os resultados que constituem a tabela 11.

Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativa na subescala caótica ( $p = .013$ ) e da análise comparativa dos resultados das medidas de tendência central podemos afirmar que as famílias cujos pais têm como habilitações secundárias o ensino secundário, tendem a evidenciar níveis mais elevados de caoticidade, ou seja, são percebidas como mais caóticas.

Nas restantes subescalas não se observa qualquer diferença estatisticamente significativa, no entanto, verifica-se uma diferença marginal na subescala desmembrada, onde podemos verificar que as famílias cujos pais têm como habilitações literárias o ensino secundário, têm maior tendência para serem desmembradas.

Tabela 10- Comparação das subescalas (percentis) em função das habilitações literárias dos pais (agrupadas)

<b>Subescala</b>		<b>n</b>	$\bar{x}_{ord}$	<b>M</b>	<b>Md</b>	<b>p</b>
Habilitações literárias dos pais (agrupadas)						
<b>Coesão</b>						
Ensino Básico	14	29.46	76.79	76.00	.871	
Ensino Secundário	16	26.44	71.19	76.00		
Ensino Superior	25	28.18	71.68	76.00		
<b>Flexibilidade</b>						
Ensino Básico	14	29.43	76.43	75.00	.759	
Ensino Secundário	16	25.56	74.38	72.50		
Ensino Superior	25	28.76	76.72	75.00		
<b>Desmembrada</b>						
Ensino Básico	14	24.21	18.21	15.50	.078	
Ensino Secundário	16	35.53	21.63	20.00		
Ensino Superior	25	25.30	19.32	18.00		
<b>Emaranhada</b>						
Ensino Básico	14	27.00	36.93	34.00	.574	
Ensino Secundário	16	31.50	38.19	36.00		
Ensino Superior	25	26.32	36.20	34.00		
<b>Rígida</b>						
Ensino Básico	14	24.93	39.57	36.00	.279	
Ensino Secundário	16	24.81	39.06	36.00		
Ensino Superior	25	31.76	45.52	45.00		
<b>Caótica</b>						
Ensino Básico	14	22.61	22.00	18.00	<b>.013</b>	
Ensino Secundário	16	37.72	26.13	25.00		
Ensino Superior	25	24.80	19.88	20.00		
<b>Comunicação</b>						
Ensino Básico	14	30.75	74.36	77.00	.703	
Ensino Secundário	16	28.25	73.69	70.00		
Ensino Superior	25	26.30	69.48	70.00		
<b>Satisfação</b>						.514

Ensino Básico	14	28.86	19.64	21.00
Ensino Secundário	16	24.22	17.44	16.50
Ensino Superior	25	29.94	23.92	21.00

#### 4. DISCUSSÃO

Com o presente estudo pretendeu-se conhecer a coesão e adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes tendo em conta o tipo de família, a fase da adolescência em que se encontram e tendo em conta as habilitações literárias dos pais. Os principais resultados encontrados foram os seguintes: 1) a maioria das famílias pertencentes ao estudo enquadra-se na tipologia de família equilibrada; 2) as famílias em estudo apresentam níveis elevados de flexibilidade e coesão, e níveis baixos de desmembramento e caoticidade; 3) as famílias apresentam níveis muito altos e altos quando à percepção da sua comunicação; 4) as famílias estudadas apresentam níveis baixos e muito baixos quanto à satisfação. Ainda que sem valor significativo, mas como uma significância marginal, foi também possível perceber que: 5) as famílias monoparentais têm maior tendência de se enquadrar na tipologia desmembrada; 6) as famílias com adolescentes entre os 14 e 15 anos estarão mais propensas a perceber a família como desmembrada; 7) os pais que têm como habilitações literárias o ensino secundário têm maior tendência a ser consideradas caóticas e podem ter maior possibilidade de se perceberem como desmembradas.

As famílias encontram-se maioritariamente enquadradas na tipologia de família equilibrada, estando de acordo com os resultados de Neves (2015) e de Cerveira (2015). O estudo de Neves (2015) mencionado tinha como objetivo estudar a percepção no funcionamento familiar nos pais e filhos adolescentes e as suas relações com o autoconceito adolescente, e, os resultados evidenciam que o perfil da mostra se situa na tipologia de família equilibrada, dado que as subescalas equilibradas têm valores médio altos, enquanto que as subescalas desequilibradas pontuam resultados baixos.

Os resultados encontrados por Cerveira (2015), cujo estudo tinha como objetivo analisar a percepção de funcionamento familiar em diferentes configurações de famílias, quanto à sua constituição, foram também similares, tendo as famílias da sua amostra obtido valores altos nas subescalas equilibradas e valores baixos nas subescalas desequilibradas, sendo por isso consideradas famílias equilibradas.

Conclui-se que as famílias em estudo obtiveram níveis elevados de flexibilidade e coesão e baixos de desmembramento e caoticidade, estando este resultado de acordo com os do estudo de Cerveira (2015) e Neves (2015).

Segundo a evidência existente, as famílias equilibradas apresentam melhores resultados no que diz respeito à comunicação e satisfação familiar (Olson, 2010). Contudo, os resultados do estudo realizado não corroboram esta informação.

Quanto à comunicação, no estudo realizado, as famílias apresentam níveis muito altos e altos quanto à percepção da sua comunicação familiar, e, pelo contrário, níveis muito baixos e baixos no que diz respeito à satisfação familiar.

Os resultados obtidos são consistentes com os estudos de Cerveira (2015) e Neves (2015).

Segundo Neves (2015), a baixa satisfação familiar demonstrada pelos participantes poderá ter como explicação questões do funcionamento familiar, a constrangimentos externos ou a eventos específicos percebidos como perturbadores.

Com a realização do estudo foi possível concluir que as famílias monoparentais têm maior tendência para se enquadrar na tipologia desmembrada, ainda que não haja uma diferença significativa, há uma significância estatística marginal.

De acordo com Alarcão (2002), as famílias monoparentais diferem das famílias nucleares intactas, especialmente no que diz respeito à comunicação e coesão, sendo mais coesas.

Almeida (2014) corrobora os dados obtidos, no que diz respeito à influência da tipologia familiar no funcionamento familiar. O estudo de Almeida (2014) que tinha como objetivo analisar as diferenças no funcionamento familiar entre as várias configurações familiares, através da percepção de filhos adolescentes e pais. Neste estudo, ainda que não existam diferenças significativas entre as diversas tipologias familiares, e todos os resultados apontarem para coesão e flexibilidade equilibradas, as famílias nucleares intactas obtiveram resultados mais satisfatórios do que os restantes tipos de família.

O estudo realizado por Cerveira (2015) evidenciou também que as famílias monoparentais se percebem como mais desmembradas, ou seja, menos funcionais.

O estudo realizado por Shek et al (2015), que tinha como objetivo perceber as diferenças no funcionamento das famílias nucleares e as restantes tipologias familiares, permitiu perceber que as famílias nucleares intactas apresentavam um melhor funcionamento familiar em relação às famílias não intactas.

A própria estrutura das famílias monoparentais poderá ser um dos fatores explicativos do pior funcionamento familiar, dado que falta um elemento no sistema parental. Esta lacuna no sistema parental por vezes leva à parentificação dos filhos, habitualmente o mais velho (Cerveira, 2015).

Segundo Gonçalves (2018), as famílias cuja tipologia familiar é a monoparental ou reconstituída apresentam uma maior sobrecarga de dificuldades familiares e problemas internalizantes nos filhos, em comparação com as famílias nucleares intactas.

Outro dos resultados obtidos relaciona-se com o facto de as famílias com adolescentes na fase dos 14-15 anos mostrarem tendência a percecionarem as suas famílias como desmembradas.

O estudo realizado por Baiocco (2013) não corrobora os resultados encontrados, sendo que a percepção da família como desmembrada não difere nas várias fases da adolescência.

Foi também possível perceber que as famílias cujos pais têm como habilitações literárias o ensino secundário tendem a ser consideradas caóticas e têm maior possibilidade de serem desmembradas.

O estudo de Silva (2015) corrobora os resultados encontrados, tendo concluído que os participantes com o ensino superior percecionavam a família como menos desmembrada, rígida e caótica do que os participantes com habilitações iguais ou inferior ao 12ºano.

Já o estudo realizado por Pereira (2018), com o objetivo de analisar a percepção do funcionamento familiar dos adolescentes e das suas famílias, bem como o suporte social e o autoconceito dos adolescentes, concluiu que as famílias com ensino básico apresentaram médias mais altas nas subescalas desmembrada, emaranhada, comunicação e satisfação, do que as famílias com pais com o ensino secundário ou ensino superior. No entanto, ainda que sem diferença significativa, mas com uma diferença marginal, as famílias com o ensino secundário apresentam uma percepção da sua família como caótica, superior às famílias com as outras habilitações literárias.



## **CONCLUSÃO**

O exercício profissional do enfermeiro deve ter por base a evidência científica mais atual para otimizar a tomada de decisão, exigindo por isso uma atualização constante do conhecimento. Decidi desta forma investir na formação na minha área de eleição, o cuidar de famílias.

A prática clínica desenvolvida nos estágios foi preponderante para a minha formação enquanto futura enfermeira mestre com especialização em enfermagem de saúde familiar. Foi possível aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, utilizando os referenciais teóricos e os instrumentos de avaliação familiar, de forma a desenvolver o processo de enfermagem nos cuidados às famílias.

O meu contexto profissional é o contexto hospitalar, no entanto, a enfermeira cooperante que me acompanhou ao longo do estágio proporcionou desde o primeiro momento um ambiente ideal para que eu me sentisse confortável e confiante para trabalhar com as famílias e desenvolver competências.

Inicialmente senti alguma dificuldade, tanto na intervenção com as famílias, como na utilização dos sistemas de informação, nomeadamente o SClinico.

Na interação com as famílias, estas não me conheciam e não existia uma relação de confiança, sendo que se sentiam mais confortáveis com a sua enfermeira de família. No entanto, ao longo dos estágios fui aumentando a minha confiança, relacionando-me melhor com as famílias, de forma a conseguir realizar uma boa avaliação e intervir de forma eficiente.

Quanto ao sistema de informação, esta dificuldade foi também ultrapassada com o acompanhamento da enfermeira cooperante, mas também com a minha pesquisa individual. Infelizmente o sistema atual, na região centro, não está parametrizado de forma a registarmos todo o processo de cuidados às famílias, sendo que os ganhos em saúde das famílias decorrentes das intervenções não ficam evidentes

O principal objetivo da realização desta investigação era conhecer a coesão e adaptação das famílias com filhos adolescentes. Neste sentido, pude concluir que a maioria das famílias se percebe como equilibrada no que diz respeito ao funcionamento familiar e que existe diferença significativa na subescala caótica nas famílias cujos pais têm como habilitações literárias o ensino secundário. Ainda que sem diferença significativa, mas com uma diferença marginal, percebeu-se que as famílias

monoparentais, as com filhos entre 14-15 e as famílias com pais com o ensino secundário, têm maior probabilidade de se perceberem como desmembradas.

Os resultados encontrados reforçam a importância do estudo do funcionamento das famílias pelos enfermeiros especialistas de saúde familiar, identificando famílias com maior probabilidade de apresentarem alterações ao nível da coesão e adaptação familiar, permitindo perceber que famílias apresentarão mais dificuldades na sua transição de vida. Contudo, esta constitui uma área pouco estudada e com escassez de trabalhos publicados em Portugal na área da enfermagem e com a utilização da escala de FACES IV, sendo uma área a investir na saúde familiar.

Como limitação do estudo destaco o número reduzido de famílias e também o método de seleção da amostra, por conveniência. Seria importante aplicar o estudo a mais famílias selecionadas aleatoriamente.

O presente estudo permite alertar para a importância de avaliar as famílias que se encontram na fase do ciclo vital de famílias com filhos adolescentes, e perceber quais são as famílias com maior probabilidade de apresentar um funcionamento familiar problemático.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (2a ed.)*. Quarteto Editora.
- Almeida, I. (2014). *Configuração familiar, percepção de funcionamento familiar e autoconceito adolescente*. [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga] Repositório Instituto Superior Miguel Torga <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/583>
- Alves, L. (2020). Algumas considerações sobre a adolescência. Anais VII CONEDU - Edição Online <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/67929>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F. & Tafà, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), p.962–970. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9658-1>
- Brito, M. (2012) *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa* [Doctoral dissertation, Universidade Católica de Lisboa] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese\\_alicebrito\\_reconstrucao\\_autonomia\\_autocuidado.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf)
- Carvalho, D., Silva, S., Freire, R., Silva, M. & Figueiredo, M. (2022). Família Lamego In Figueiredo, M. *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar. Estudos de caso (1ª ed)*, p33-90. Sabooks
- Cerveira, C. (2015) *Funcionamento das famílias, percepção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares* [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga] Repositório Instituto Superior Miguel Torga <https://repositorio.ismt.pt/items/8e0d6021-3f8f-4010-be8d-17d703a1c796>
- Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-um estudo de caso. *Egíptania Ciência*, 28, p.1646-1884 <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Cossette, S., Belaid, H., Heppell, S., Mailhot, T., & Guertin M. (2016). Feasibility and acceptability of a nursing intervention with family caregiver on self-care among heart

- failure patients: A randomized pilot trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(34), p.2-10.  
<https://doi.org/10.1186/s40814-016-0077-8>
- Decreto-Lei nº104/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I série, nº93  
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>
- Decreto-Lei nº298/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I, nº161  
<https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Decreto-Lei nº118/2014 do Ministério de Saúde. (2014). Diário da República:I, nº149.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, p. 139-156  
<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Esteves, I., Bica, I., Cunha, M., Aparício, G., Ferreira, M., & Martins, M. (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*, 6, p. 9-16 <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0207>
- Everri, M., Mancini, T & Fruggeri, L. (2016). The Role of Rigidity in Adaptive and Maladaptive Families Assessed by FACES IV: The Points of View of Adolescents, *Journal of Child and Family Studies*, 25, p. 2987-2997
- Ferreira, L. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte.*[Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20905>
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Doctoral dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência
- Friedman, M., Bowden, V. & Jones, E. (2003). *Family Nursing - Research, Theory, and Practice (5th Edith)*. New Jersey: Copyright.
- Gladys, E. et al. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), p. 8-24.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170102>

- Gonçalves, H. (2018). *Perceção materna do funcionamento familiar, tipo de família e estilos educativos parentais em crianças e adolescentes*. [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório Instituto Superior Miguel Torga
- Gorall, Tiesel & Olson (2004,2006). *FACES IV*
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. Lusodidacta
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H., Miranda, M. & Candeias, M. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1 (38), p. 111-126  
<https://doi.org/10.14417/ap.1651>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ªed.). Lusociência.
- Henriques, C. & Jordão, T. (2020). A sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família impacto de um programa de formação. *Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico*, 5(2), p. 12-22.  
<http://hdl.handle.net/10400.8/4854>
- International Council of Nurses (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Joh, J., Kim, S., Park, J. & Kim, Y. (2013). Relationship between family adaptability, cohesion and adolescent problems behaviors: Curvilinearity of circumplex model. *Korean J Fam Med*, 34(3), p.169-177. <http://10.4082/kjfm.2013.34.3.169>
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Diário da República: I, nº181 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Magklara K., Bellos S., Niakas D., Stylianidis S., Kolaitis G., Mavreas V. & Skapinakis P. (2015). Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry*, 15(199). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0584-9>
- Maroco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ªed). Califesa
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(3), p.12-28 doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. Springer Publishing Company ISBN 978-0-8261- 0534-9.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Mijangos, A. & Fálcon, M. (2019). Conduas de risco e dinâmica familiar do adolescente e a de seus pais. *Hacia la producion de la salud*, 24(2), p. 17-31. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.3>.
- Neves, S. (2015). *Funcionamento familiar e autoconceito do adolescente* [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório ISMT. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/551>
- Nunes, R. (2013). *Sistema Observacional de Codificação da Escultura Familiar: Construção de uma versão preliminar* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, p.144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. e Gorall, D. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*. Life Innovation, Inc.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), p. 64-80. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- OMS (2002). *Adolescent Friendly Health Services*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=)
- OMS (2011). Adolescent Health. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem, Tomada de Posição*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar como referencial em enfermagem de saúde familiar*. [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCE EC.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCE EC.pdf)
- Paclikova, K., Velselka, Z., Bobakova, D., Palfiova, M. & Geckova, A. (2018). What role do family composition and functioning play in emotional and behavioural problems among adolescent boys and girls?. *International Journal of Public Health*, 64, p. 209-217 <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1171>

- Paschoal, V. & Grandesso, M. (2014). O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. *Nova perspectiva sistémica*, 48, p. 24-43, <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/48>
- Pinheiro-Carozzo, N., Silva, I., Murta, S., & Gato, J. (2020). Family-based interventions to prevent risky behaviors in adolescence: possibilities from the Family Systems Theory. *Pensando famílias*, 24(1), p. 207-223, [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-494X2020000100015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X2020000100015)
- Pinho, J., Viseu, I., Peixoto, M., Ferreira, M. & Figueiredo, M. (2022). Família Fernandes In Figueiredo, M. *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar. Estudos de caso* (1ªed.), p115-146. Sabooks
- Place, M., Hulsmeier, J., Brownrigg, A., & Soulsby, A. (2005). The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): An instrument worthy of rehabilitation? *Psychiatric Bulletin*, 29(6), 215–218. <https://doi.org/10.1192/pb.29.6.215>
- Pereira, A. (2018). *Perceção do Funcionamento Familiar, Suporte Social e Autoconceito*. [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga] Repositório Instituto Superior Miguel Torga
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- a complementaridade do SPSS* (6ªed). Edições Sílabo
- Portaria nº8/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: I série, nº7. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/8-2015-66145314>
- PORDATA. (2022). Base de dados Portugal Contemporâneo. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5828604>
- Relvas, A. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4(14), p.563-579 <http://hdl.handle.net/10400.12/3180>
- Potter, P., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem* (4ªed.), Lusociência
- Regulamento nº428/2018 do Ministério da Saúde (2018). Diário da República: II, nº245 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ribeiro, M. (2019). *Auto-dano, ambiente e dinâmica familiar nos adolescentes* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Verati-Repositório Institucional da Universidade Portuguesa Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/27598>

- Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A., Pinto, M. & Figueiredo, M. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso, *Pensar Enfermagem*, 25(1), p.19-30
- Santos, N. & Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários In Sariva, C., Peixoto, B. & Sampaio, D., *Suicídio e comportamentos autolesivos, Dos conceitos à prática clínica* (p. 225-240). Lidel
- Sequeira, J. & Alarcão, M. (2013). Porque não mudam as famílias? Narrativas de terapias familiares de insucesso. *Temas em Psicologia*, 21(1), p. 203-219. DOI: 10.9788/TP2013.1-15
- Sequeira, J., Vicente, H., Daniel, F., Cerveira, C., Silva, M., Neves, S., Espírito-Santo, H. & Guadalupe, S. (2015). FACES IV: população portuguesa
- Silva, M. (2015). *Validação da faces iv, O Funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo Vital* [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga] Repositório Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/95182472-6f79-484b-a99f-c3925171dc00/content>
- SNS (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Serviço Nacional de Saúde, Lisboa, Portugal. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Sousa, F., Castro, L., Nogueira, A., Silva, I., Silva, D. & Amorim, N. (2014). Significados de família sob o olhar de pais de adolescentes escolares. *Rev Rene*, 15(3), p. 480-490 DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300013
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M., & Diniz, J. (2011). The influence of communication with family and peer group on well-being and risky behavior of Portuguese adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (4), p.747-756. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400015>
- Trinco, M. & Santos, J. (2021) Comportamento autolesivo na adolescência e experiência da família: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (25), doi: 10.19131/rpesm.0302
- Vanassche, S., Sodermans, A., Matthijs, K. & Swicegood, G. (2014) The effects of family type, family relationship and parental role models on delinquency and alcohol use among flemish adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23, p.128–143. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9699-5>

- Shek, D., Xie, Q. & Lin, L. (2015). The impact of family intactness on family functioning, parental control, and parent-child relational qualities in a Chinese context. *Frontiers in Pediatrics*, 2(149), p.1-7. doi: 10.3389/fped.2014.00149
- Silva, M. (2016). *Enfermagem de família: contextos e processos em cuidados de saúde primários* [Doctoral dissertation, Universidade do Porto] Repositório Universidade do Porto



## APÊNDICES



## APÊNDICE I

(Dia Internacional das Famílias)

O Dia Internacional da Família é celebrado a 15 de maio, para relembrar a importância da família, ao mesmo tempo que serve como momento para formulação de políticas que possam beneficiar famílias.

O conceito de família tem sofrido alterações ao longo das últimas décadas, pela influência de novos padrões sociais. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera que a família é a unidade básica da sociedade. Neste sentido, esta celebração anual permite-nos reconhecer, identificar e analisar questões sociais, económicas e demográficas que moldam o desenvolvimento da família.

A 25 de setembro de 2015, os 193 Estados Membros da ONU desenvolveram um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com o intuito de, entre outros, erradicar a pobreza, a discriminação, as mortes preveníveis e combater as alterações do meio ambiente, propiciando uma era de desenvolvimento para todos os seres humanos. As famílias e as políticas associadas são a chave para a consecução de muitos destes objetivos.

O lema do Dia Internacional da Família deste ano é “Urbanização e Famílias”, pretendendo consciencializar para a importância das políticas urbanas direcionadas para as famílias.

A urbanização molda o nosso mundo, a vida, e a qualidade de vida das famílias. Uma urbanização bem concebida e executada conduz à consecução de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente: objetivo 1 - erradicar a pobreza; objetivo 3 - saúde de qualidade; objetivo 10 - reduzir as desigualdades e objetivo 11 – tornar cidades e comunidades sustentáveis.

O alcance dos objetivos mencionados depende da qualidade da urbanização e do modo como esta beneficia as famílias, contribuindo para o bem-estar de todas as gerações.

Sugerimos algumas atividades enunciadas pela ONU, podendo as mesmas ser realizadas em família.

O cidadão poderá aceder ao site da ONU (<https://go-goals.org/pt-pt/>), onde encontra o jogo “Viva os Objetivos”. O mesmo tem como missão auxiliar os mais jovens a perceber os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o seu impacto na vida das pessoas, e o que é possível fazer-se no dia a dia para se atingir os objetivos da ONU até 2030.

Figura 5- Atividades ONU- Objetivo 10

Encoraja as crianças a fazerem amizade com crianças de outras culturas. 1	Uma vez por mês, toma um café com uma pessoa de outra etnia, cultura, idade ou crença. 2	Leva os teus filhos a parques e outras áreas comuns, procura oportunidades para conversar com pessoas diferentes. Aprende mais sobre elas para as entender melhor. 4
Aprende a respeitar todos os tipos de pessoas. 3		
	Viaja pelo mundo para aprender mais sobre culturas diferentes. 5	<b>10 REDUZIR AS DESIGUALDADES</b>
Apadrinha uma criança para que possa frequentar a escola. 6	Lê histórias que descrevam outras culturas a crianças. 7	Defende o aumento do salário mínimo de pessoas com baixos rendimentos. 8
Constrói escolas, casas e escritórios adaptados para pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais. 9		Ajuda a acabar com estereótipos. Escreve e publica textos que sensibilizem as pessoas a mudar de mentalidade. 10

USF | UFRJ | UNICAMP | UNESP | UNIFESP | UNILASALLE

Figura 4- Atividades ONU- Objetivo 11

Promove um sistema de "boleias solidárias" online, no escritório ou em áreas que não tenham acesso a transportes públicos confiáveis. 1	Defende e apoia o desenvolvimento de desportos e de espaços recreativos, pois podem ajudar a construir comunidades mais fortes, mais saudáveis, mais felizes e mais seguras. 3	Promove a consciencialização sobre a pegada de carbono da tua cidade e como a melhorar. 2
<b>11 CIDADES E COMUNIDADES SUSTENTÁVEIS</b>		
Alcança áreas menos privilegiadas. Integra pessoas de classes e etnias diferentes em processos de tomada de decisão, que abrangem as suas condições de vida, poluição, entre outros. 6	Usa transportes públicos, bicicletas urbanas e outros meios de transporte verdes. 4	Pesquisa e promove a necessidade de uma maior clareza de informação dentro da tua comunidade. 5
Informa-te sobre o património cultural e natural da tua área. 8	Junta-te a pequenos grupos da comunidade para pensar sobre meios de garantir espaços públicos seguros e acessíveis, especialmente, para mulheres, crianças, pessoas idosas e pessoas com necessidades especiais. 9	Oferece tarifas de transporte público reduzidas em cidades que enfrentam desafios com congestionamentos. 7
		Enquanto empresa, oferece tarifas baixas no aluguer de bicicletas urbanas. 10

USF | UFRJ | UNICAMP | UNESP | UNIFESP | UNILASALLE

Figura 7- Atividades ONU- Objetivo 1

Envolve a tua turma em passeios para ajudar as áreas mais necessitadas da tua cidade. 1		Quando fores a uma festa de aniversário, pergunta se podes doar o valor do presente a alguma instituição de beneficência. 2
Apoia o comércio sustentável ao comprar produtos provenientes do comércio justo, pois remuneram melhor os trabalhadores e/ou produtores. 3	Organiza uma formação gratuita para ensinar uma competência valorizada pelo mercado de trabalho (informática, elaboração de currículo, preparação para entrevistas de emprego, etc). 4	<b>1 ERADICAR A POBREZA</b>
Dá preferência à aquisição de produtos de empresas que revertam parte do seu lucro para instituições de beneficência. 5	Apadrinha uma criança para a ajudar no acesso a alimentação, educação e saúde. 6	
Limpa a tua despensa e doa produtos não perecíveis a bancos alimentares. 7	Promove debates para discutir temas sobre pobreza. Cria um blog, fórum ou artigo para um jornal local. 8	
	Faz voluntariado em organizações que ajudem pessoas sem-abrigo. O teu tempo pode ser mais valioso que dinheiro. 9	Sempre que possível, ajuda pessoas sem-abrigo. Oferece fruta, garrafas de água, dinheiro ou até um sorriso. 10

USF | UFRJ | UNICAMP | UNESP | UNIFESP | UNILASALLE

Figura 8- Atividades ONU- Objetivo 3

Não fumes. 1	Sê mais ativo. Aproveita para andar durante a hora do almoço ou vai de bicicleta para o trabalho. 2	As doenças cardíacas continuam a ser a principal causa de morte. Educa-te sobre a sua prevenção, causas e sintomas - assim como outras doenças não-transmissíveis. 5
Opta por uma dieta saudável e bebe muita água. 3	Ajuda a aumentar a consciencialização e apoia a promoção da saúde mental (ansiedade, depressão, abuso de substâncias, Alzheimer, entre outros). 4	
Nunca pares de aprender. Estar ativo e fazer atividades educativas ajudam as pessoas mais velhas a ultrapassar problemas de saúde mental. Aprende um novo idioma, lê e participa num clube literário. 7	O VIH/SIDA ainda é uma realidade. Protege-te e testa-te com frequência. 6	Amamentar é natural e é a melhor fonte nutricional para os bebés. Além de os proteger, possui benefícios a longo prazo. 8
	<b>3 SAÚDE DE QUALIDADE</b>	
Dorme bem. 9	Passa tempo de qualidade sozinho, com a família e com os teus amigos. 10	

USF | UFRJ | UNICAMP | UNESP | UNIFESP | UNILASALLE

## APÊNDICE II

(Conscencialização para a Violência contra a Pessoa Idosa)

A melhoria das condições de vida e de saúde em Portugal possibilitou o alargamento do ciclo de vida dos habitantes, tornando-o o terceiro país da Europa com maior percentagem de idosos (21,7% em 2018) (Moreira, 2020).

No entanto, no contexto europeu, o número de homens e mulheres portugueses com mais de 65 anos que vivem em condições de vida saudáveis e sem incapacidades é baixo, pelo que a tendência é que os portugueses vivam realmente mais anos, mas sem a correspondente qualidade de vida (Moreira, 2020).

A família, enquanto sistema aberto, interage com os restantes sistemas sociais e em simultâneo com os seus subsistemas. Deste modo ela pode proporcionar um ambiente saudável ao idoso ou, pelo contrário, reproduzir a violência característica da sociedade atual nas suas relações (Bertalanffy, como referido por Silva & Dias, 2016).

A violência interpessoal ou intrafamiliar ocorre entre os membros da família. As relações tensas associadas às problemáticas inerentes aos idosos geram um ambiente propício a interações violentas, seja entre casais de idosos, com os filhos ou mesmo com os cuidadores (Silva & Dias, 2016).

A Organização Mundial de Saúde entende por violência contra o idoso qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual, ou financeiro sofrido a partir dos 60 anos de idade (Sethi et al., como referido por Direção-Geral da saúde, 2016, p. 75).

**Os maus tratos para com os idosos, podem ter a sua origem em várias fontes:** por omissão de cuidados a prestar; por execução de comportamentos que consubstanciam atos de violência física ou psicológica; ou por atentado ao património de quem é vítima, sem falar das dificuldades em lidar com as características físicas, mentais e sociais próprias dos idosos.

**A omissão de cuidados a prestar** traduz-se por **negligência**, que por sua vez, se define pelo não cumprimento de cuidados efetivos por parte de quem é responsável por cuidar do idoso, privando-o de cuidados básicos de higiene, bem-estar e saúde. A negligência evidencia-se por sinais e sintomas como: perda de peso, desnutrição e desidratação; problemas físicos não tratados, tais como úlceras de pressão em doentes acamados; más condições higiénico-sanitárias: falta de limpeza ou presença de insetos

na cama ou quarto; roupas e lençóis sujos; falta de higiene pessoal; falta de óculos, próteses dentárias e/ou auditivas; utilização de roupas inadequadas para a estação do ano; abandono do idoso em locais públicos; condições habitacionais de risco; e inexistência de mecanismos de regulação da temperatura da habitação, instalação elétrica deficitária ou perigo de incêndio.

Relativamente a **comportamentos que sustentam atos de violência física ou psicológica**, ou **atentado contra o património** de quem é vítima, são equacionadas várias formas:

- **OS MAUS TRATOS FÍSICOS**, que se referem ao uso não acidental da força para conter a pessoa idosa, resultando em dor física, lesão ou incapacidade na mesma. Engloba, a agressão corporal e a administração inadequada de drogas, o uso de restrições ou supressão da mobilidade. Também como sinais e sintomas de maus tratos físicos consideram-se: marcas ou lesões cutâneas inexplicadas, tais como feridas e hematomas, especialmente as localizadas de forma simétrica no corpo; lesões músculo-esqueléticas, fraturas, luxações ou entorses; relatos de sobre ou de sub-medicação; sinais de restrição da mobilidade, tais como marcas de corda nos punhos; óculos com armações partidas; evidência radiográfica de fraturas antigas (desalinhadas); recusa por parte do cuidador em consentir permanência da pessoa a sós com o profissional;
- **OS MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS**, referem-se a comportamentos dos cuidadores ao abordarem a pessoa idosa de uma forma intempestiva, originando tensão ou sofrimento emocional na mesma. Os sinais e sintomas, que podem levar à suspeita de que a pessoa idosa está a ser alvo de maus tratos psicológicos, tanto de carácter verbal como não-verbal são: **maus tratos verbais**: intimidação através de gritos e ameaças; humilhação, ridicularização, infantilização; culpabilização; manipulação de informações; imposição de decisões e regras de conduta. Os **maus tratos não-verbais** traduzem-se por: comportamento de ignorância face à pessoa; ostracização e isolamento da pessoa relativamente à família, amigos ou à atividade; ou ameaça. Pode haver igualmente: comportamento ameaçador, depreciativo ou controlador por parte do cuidador; ou comportamentos semelhantes à demência por parte da pessoa idosa como por exemplo: balanceio corporal, sucção ou balbuceio e murmúrio;
- **O ABUSO SEXUAL** da pessoa idosa, é considerado como qualquer forma de contacto de conotação sexual sem o consentimento da mesma. Engloba atos

sexuais e outras atividades, como a exibição de material pornográfico, ou forçar a vítima a assistir a atos sexuais ou a desnudar-se. Poderão ser sintomas e sinais de abuso sexual: hematomas no tórax ou órgãos genitais; infecções de transmissão sexual; sangramento anal ou vaginal inexplicado; e roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada;

- **A EXPLORAÇÃO FINANCEIRA**, assume-se como mau trato relativamente ao património do idoso. Pode envolver atos de autoria de familiares, de cuidadores, de pessoas próximas da vítima ou de estranhos. Diz respeito à utilização não autorizada, ou sob coação, de fundos ou propriedades da vítima. Assim o cuidador apodera-se ou gere, e negocia os bens, dinheiro ou pensões da vítima, fazendo uso de cheques, cartões de crédito e contas bancárias, usurpando dinheiro, rendimentos e objetos de casa, falsificando a assinatura ou a identidade da vítima. Inclui ainda irregularidades como o anúncio de prémios inexistentes, a troca de dinheiro, doações para obras de caridade, fraude em investimentos, etc. São sinais de exploração financeira de uma pessoa idosa: levantamentos de montantes avultados da conta bancária da vítima; súbitas alterações da sua situação financeira; desaparecimento de objetos e dinheiro de casa da mesma; mudanças suspeitas em testamentos, procurações, títulos e apólices; adicionar nomes às assinaturas de contas e cartões de crédito; existência de dívidas, mesmo que a vítima disponha de dinheiro suficiente para pagar; atividade financeira que a vítima não teria forma de efetuar, assim como levantamentos com cartão em máquinas automáticas quando o titular da conta se encontra acamado; e aquisição de serviços desnecessários (ou despropositados), de bens ou subscrições.



## APÊNDICE III

(Instrumento Colheita de Dados)



Nº \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

### **Coesão e Adaptação das famílias com filhos adolescentes**

O presente trabalho de investigação pretende avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias com filhos adolescentes. Para tal peço o preenchimento do presente questionário com dados sociodemográficos e a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar-FACES IV.

O questionário tem um tempo de preenchimento de 25-30 minutos.

As questões apresentadas deverão ser respondidas de acordo com a sua opinião, pelo que a sua resposta pessoal e sincera é muito importante.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

## PARTE I- Dados Sociodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: Feminino   
Masculino
3. Estado civil \_\_\_\_\_
4. Profissão \_\_\_\_\_
5. Habilitações literárias \_\_\_\_\_
6. Composição familiar: nuclear  monoparental   
alargada  reconstruída
7. Constituição da família:

	Elemento 1 (o respondente)	Elemento 2	Elemento 3	Elemento 4	Elemento 5	Elemento 6	Elemento 7
Idade							
Parentesco							

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

Nº \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

### FACES IV

Versão original: Gorall, Tiesel e Olson, 2004, 2006

Versão portuguesa: Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe e Vicente, 2015

Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (x) no quadrado respetivo, a opção de resposta que está mais de acordo com a perceção que tem da sua família. Não há respostas “certas” ou “erradas” nem respostas para causar uma boa impressão. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida está de acordo com cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros.					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas.					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo livre juntos.					
11. Existem consequências claras quando um elemento da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns aos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					
22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					
27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas					
30. Não há liderança na nossa família.					

Código: \_\_\_\_\_

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
31. Apesar dos elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. A nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família.					
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil alterá-la.					
42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada.					
43. Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com a forma como comunicamos uns com os outros.					
44. Os elementos da família são muito bons ouvintes.					
45. Na nossa família expressamos afeto uns pelos outros.					
46. Os elementos da família são capazes de pedir uns aos outros o que querem.					
47. Na nossa família podemos discutir calmamente os nossos problemas.					
48. Os elementos da família debatem as suas ideias e convicções.					
49. Quando colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas.					
50. Os elementos da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
51. Quando nos zangamos raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
52. Os elementos da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros.					
	Insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito	
53. O grau de proximidade entre os membros da família.					
54. A capacidade da família lidar com o <i>stress</i> .					
55. A capacidade da família para ser flexível.					
56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas.					
57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família.					
58. A capacidade da família para resolver conflitos.					
59. O tempo que passamos juntos enquanto família.					
60. A forma como os problemas são discutidos.					
61. A justiça das críticas na família.					
62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros.					

## APÊNDICE IV

(Autorização dos Autores para utilização da escala)



**Carolina Neves**

Pedido autorização utilização de escala FACES IV

Para: sonia\_28@live.com.pt, Cc: alietecunha, pcamarneiro@esenfc.pt

27 de outubro de 2022, 21:44

[Detalhes](#)

Exma. Drª Sónia Neves,

Carolina Sofia Santos Neves, estudante do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para a utilização da adaptação, tradução e validação para a população portuguesa da FACES IV (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), utilizada no seu estudo de 2015 (FUNCIONAMENTO FAMILIAR E AUTOCONCEITO DO ADOLESCENTE).

A escala será utilizada num estudo que tem como objetivo avaliar a coesão e a adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes, tendo como amostra famílias com filhos adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos. Encontro-me disponível para a disponibilização dos resultados caso pretenda.

Grata pela atenção dispensada, aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Carolina Neves

Encontrado na caixa de correio Recebido - carolsofneves@gmail.com



**Sónia neves**

Re: Pedido autorização utilização de escala FACES IV

Para: Carolina Neves, Cc: Prof Joana Sequeira

30 de outubro de 2022, 19:21

[Detalhes](#)

Olá Carolina,

Autorizo sim.

Aqui vai a escala final e o artigo.

Bom trabalho!

Com os melhores cumprimentos,  
Sónia Neves

[Ver mais de Carolina Neves](#)



FINAL\_FACES\_I  
V.pdf



Family\_Adaptabi  
lity\_an...le\_.pdf



## APÊNDICE V

(Consentimento Informado- Adulto e Adolescente)



### Consentimento informado, livre e esclarecido

**Título:** Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos adolescentes

**Investigador responsável:** Carolina Sofia Santos Neves, estudante do 2º ano do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Local de pesquisa:** Unidade de Saúde Familiar Fernando Namora

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar encontro-me a realizar um estudo com o título “Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos adolescentes”, cuja população serão famílias com filhos adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos.

Peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário com dados sociodemográficos e a escala de FACES IV, que permite avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias.

Os dados serão tratados coletivamente, de forma a garantir o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas, e usados apenas nesta investigação.

A participação é voluntária, reservando-se o direito de recusa ou desistência durante o estudo em qualquer fase.

A participação na pesquisa não envolve qualquer custo financeiro.

A sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo tendo lido e percebido a informação acima referida. Indicará também que concorda que os seus filhos, com idade igual ou superior a 12 anos, participem no estudo, assinando o respetivo consentimento informado.

Condeixa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

(Participante)

(Investigador Responsável)



## Consentimento informado, livre e esclarecido

**Título:** Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos adolescentes

**Investigador responsável:** Carolina Sofia Santos Neves, estudante do 2º ano do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**Local de pesquisa:** Unidade de Saúde Familiar Fernando Namora

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar encontro-me a realizar um estudo com o título “Coesão e adaptabilidade das famílias com filhos adolescentes”, cuja população serão famílias com filhos adolescentes com idade igual ou superior a 12 anos.

Peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário com dados sociodemográficos e a escala de FACES IV, que permite avaliar a coesão e adaptabilidade das famílias.

O questionário preenchido é anónimo e as respostas confidenciais e os dados vão ser usados apenas nesta investigação.

A participação é voluntária, pelo que pode desistir durante o estudo em qualquer fase.

A participação não tem custos monetários.

A sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo tendo lido e percebido a informação acima referida.

Condeixa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

(Participante)

(Investigador Responsável)



## **ANEXOS**



## ANEXO I

### (Tabelas de Conversão)

#### Anexo 1 – Tabelas de conversão da FACES IV

*Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas equilibradas*

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

*Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas desequilibradas*

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

*Tabela de conversão de valores brutos em percentuais da subescala satisfação*

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

*Tabela de conversão de valores brutos em percentuais da subescala comunicação*

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