



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar

Clara Isabel Serra Dias

Coimbra, setembro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar

Clara Isabel Serra Dias

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

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

Coimbra, setembro de 2025

AGRADECIMENTOS

A conclusão de mais um percurso acadêmico desta complexidade só foi possível com o apoio de pessoas fundamentais, que estiveram sempre presentes e às quais não poderia deixar de expressar a minha gratidão:

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

À Enfermeira Orientadora Cooperante da prática clínica e estágio, por constituir um exemplo a seguir enquanto profissional de Enfermagem de Saúde Familiar e pelo incentivo constante;

À equipa da USF, pelo bom acolhimento dentro da unidade;

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

Às minhas colegas do Curso de Mestrado, pelos momentos de partilha, entreajuda e companheirismo; um agradecimento especial à minha amiga e colega Rita, que me incentivou a matricular-me no mestrado e cujo apoio constante ao longo de todo o percurso foi determinante para a concretização desta etapa.;

Ao meu marido, pela paciência inesgotável, compreensão e apoio incondicional; pelo incentivo para nunca desistir; pelo humor que tantas vezes trouxe leveza e, sobretudo, por todo o amor e presença em cada etapa;

Aos meus filhos, por serem a minha maior fonte de inspiração e motivação diária;

Por último, mas nunca menos importante, à minha família, pelo amor, carinho, coragem e força, por me incentivar sempre a alcançar os meus objetivos e procurar a felicidade!

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste objetivo, muito obrigada!

RESUMO

Enquadramento: A família é a unidade central do cuidado em enfermagem de saúde familiar, influenciando o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças. O Modelo Circumplexo avalia o funcionamento familiar através das dimensões de coesão, flexibilidade e comunicação, fundamentais à adaptação e resiliência. Famílias equilibradas fortalecem vínculos afetivos, gestão eficaz de conflitos e promovem o bem-estar infantil. A enfermagem de saúde familiar desempenha um papel fundamental na avaliação e intervenção centrada na família.

Objetivos: Descrever criticamente as atividades clínicas desenvolvidas para atingir as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; e realizar um estudo de investigação intitulado “Coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar”, para caracterizar a coesão e flexibilidade de famílias com filhos nessa fase e analisar a influência dos fatores sociodemográficos na coesão e flexibilidade.

Metodologia: Na componente clínica, realizou-se avaliação e intervenção familiar e estudos de família. Na componente de investigação, realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal. Participaram quarenta e nove famílias, que cumpriram os critérios de inclusão, tendo respondido a um questionário.

Resultados: A amostra composta por 49 famílias, maioritariamente famílias nucleares (83,7%), com crianças entre os 6 e os 10 anos, evidenciou domínio das mães como principais respondentes (87,8 %). As famílias apresentaram níveis equilibrados de coesão, flexibilidade e comunicação, refletindo um funcionamento familiar saudável. Escolaridade do pai, estado civil, tipo de família e rendimento influenciam a perceção do funcionamento familiar ($p < 0,05$). Destaca-se a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista na avaliação e promoção de práticas que reforcem vínculos, resiliência e bem-estar das famílias.

Conclusão: A componente clínica permitiu desenvolver competências essenciais à enfermagem de saúde familiar. A investigação aprofundou o conhecimento sobre famílias com crianças em idade escolar, evidenciando a importância da coesão e da flexibilidade familiar, bem como o papel do enfermeiro na promoção da saúde familiar. Este estudo poderá contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem, apoiando cuidados antecipatórios e reforçando o papel do enfermeiro especialista junto das famílias.

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

ABSTRACT

Background: The family is the central unit of care in family health nursing, influencing children's physical, emotional, and social development. The Circumplex Model assesses family functioning through cohesion, flexibility, and communication, which are essential for adaptation and resilience. Balanced families strengthen emotional bonds, manage conflicts effectively, and promote child well-being. Family health nursing plays a key role in family-centered assessment and intervention.

Objectives: Critically describe the clinical activities carried out to achieve the common competences of the Nurse Specialist and the specific competences of the Family Health Nurse Specialist; and to conduct a research study entitled "*Cohesion and flexibility of families with school-aged children*", aiming to characterize family cohesion and flexibility, and to analyze the influence of sociodemographic factors on these dimensions.

Methodology: In the clinical component, family assessment, intervention, and family studies were conducted. In the research component, a quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study was carried out. Forty-nine families meeting the inclusion criteria participated and answered a questionnaire.

Results: The sample, composed of 49 families, mostly nuclear families (83,7%), with children aged 6 to 10, showed a predominance of mothers as main respondents (87,8%). Families generally presented balanced levels of cohesion, flexibility and communication, reflecting healthy family functioning. Father's education, marital status, family type and income significantly influenced the perception of family functioning ($p < 0,05$). The study highlights the importance of the specialist nurse's role in assessing and promoting practices that reinforce family bonds, resilience, and well-being.

Conclusion: The clinical component enabled the development of essential competences in family health nursing. The research deepened knowledge about families with school-aged children, emphasizing the importance of cohesion and flexibility, as well as the nurse's role in promoting family health. This study may contribute to improving nursing practices, supporting anticipatory care and reinforcing the role of the specialist nurse in family assessment and intervention.

Keywords: Family Nursing, Family, Transition, Flexibility, Cohesion

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR – Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve

ARS – Administração Regional de Saúde

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

CBF – Cuidar Baseado nas Forças

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSSMB – Centro de Saúde de São Martinho do Bispo

CVF – Ciclo de Vida Familiar

DL – Decreto-Lei

ECL – Equipa Coordenadora Local

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

FACES IV – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV*

HTA – Hipertensão Arterial

ICPC – *International Classification of Primary Care*

IDG – Índice de Desempenho Global

IDS – Índice de Desempenho Setorial

IFNA – *Internacional Family Nursing Association*

INE – Instituto Nacional de Estatística

Km² – Quilómetro quadrado

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RNU - Registo Nacional Utentes

RO – Rastreio Oncológico

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SINUS – Sistema de Informação das Unidades de Saúde

SM – Saúde Materna

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade Funcional

UP– Unidades Ponderadas

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade Saúde Familiar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide Etária de Utentes Inscritos na USF em março de 2023. Fonte: BI-CSP.....	20
Figura 2. Pirâmide Etária de Utentes Inscritos na equipa nuclear em março de 2023 (Médica e Enfermeira Cooperante). Fonte: BI-CSP.	21
Figura 3. Modelo Circumplexo (Fonte: Olson (2000; 22)	51
Figura 4. Grelha de cotação da FACES IV. Fonte: Videira (2013,22).....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores demográficos dos utentes inscritos na USF e na lista de utentes da equipa nuclear.....	22
Tabela 2. Utesntes inscritos por equipa nuclear e n.º utentes elegíveis nos diferentes programas de vigilância. Fonte: Plataforma Informática SCLinico, 2023.	23
Tabela 3. Tipo e número de famílias inscritas na equipa nuclear.	26
Tabela 4. Caracterização da lista de famílias nucleares dos utentes inscritos na equipa nuclear, segundo o ciclo de Duvall.	26
Tabela 5. Caracterização das crianças em idade escolar do ficheiro da enfermeira cooperante, segundo o ano de nascimento e o sexo.....	27
Tabela 6. Caracterização das famílias com crianças em idade escolar inscritos na equipa nuclear, quanto ao tipo de família.....	28
Tabela 7. Caracterização das famílias nucleares com crianças em idade escolar inscritos na equipa nuclear, quanto à etapa do ciclo vital	28
Tabela 8. Consistência interna das dimensões da FACES IV no estudo.....	60
Tabela 9. Características sociodemográficas da amostra/variáveis qualitativas nominais	66
Tabela 10. Distribuição da amostra segundo idade dos pais, n.º pessoas do agregado e n.º de filhos/ Variáveis quantitativas	67
Tabela 11. Distribuição da amostra segundo a idade da criança	67
Tabela 12. Distribuição da amostra segundo o sexo da criança	68
Tabela 13. Distribuição da amostra segundo a posição na fratria.....	68
Tabela 14. Caracterização do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar por subescala da FACES IV.....	69
Tabela 15. Caracterização da amostra segundo os níveis de cada subescala da FACES IV	71
Tabela 16. Distribuição do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar por rácios da FACES IV	72
Tabela 17. Correlação das subescalas em função da idade dos pais segundo a correlação de Spearman	73

Tabela 18. Comparação das subescalas em função do nível de escolaridade da mãe segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	74
Tabela 19. Comparação das subescalas em função das habilitações literárias do pai segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	75
Tabela 20. Comparação das subescalas em função do estado civil dos pais das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	76
Tabela 21. Comparação das subescalas em função do tipo de família das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	77
Tabela 22. Comparação das subescalas em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias com crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	79
Tabela 23. Comparação das subescalas em função da idade da criança segundo a correlação de Spearman	81
Tabela 24. Comparação das subescalas em função do sexo da criança segundo o teste U de Mann-Whitney (U).....	81
Tabela 25. Comparação das subescalas em função da posição na fratria segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	82
Tabela 26. Comparação dos rácios da FACES IV em função do nível de escolaridade da mãe com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)	83
Tabela 27. Comparação dos rácios da FACES IV em função do nível de escolaridade do pai com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)	84
Tabela 28. Comparação dos rácios da FACES IV em função do estado civil do progenitor com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	84
Tabela 29. Comparação dos rácios da FACES IV em função do tipo de família das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	85
Tabela 30. Comparação dos rácios da FACES IV em função do rendimento mensal do agregado familiar das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)	86
Tabela 31. Comparação dos rácios da FACES IV em função do sexo da criança em idade escolar segundo o teste U de Mann-Whitney (U).....	87
Tabela 32. Comparação dos rácios da FACES IV em função da posição na fratria das crianças em idade escolar, segundo o teste de Kruskal-Wallis (H).....	87

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - COMPONENTE CLÍNICA	16
1. CONTEXTO CLÍNICO	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	17
1.2. POPULAÇÃO INSCRITA.....	18
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES E FAMÍLIAS INSCRITAS NA EQUIPA NUCLEAR.....	20
1.3.1. Caracterização da lista de utentes inscritos na equipa nuclear	20
1.3.2. Caracterização das famílias com crianças em idade escolar inscritas na equipa nuclear	27
2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS	29
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	32
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade	32
2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	34
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	35
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	35
2.2.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	35
2.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	43
2.3. OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA.....	45
2.3.1. Dia internacional da família	45
CAPÍTULO II – ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	46
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	46
1.1. FAMÍLIA E CICLO VITAL DA FAMÍLIA.....	46
2. METODOLOGIA	53
2.1. DESENHO DO ESTUDO.....	53
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	53
2.3. OBJETIVOS.....	54
2.4. VARIÁVEIS.....	54
2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	55
2.6. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	61
2.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	61
2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS.....	62

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	64
3.1. ANÁLISE DESCRITIVA	64
3.1.1. Características sociodemográficas das famílias	64
3.1.2. Características sociodemográficas das crianças	67
3.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	72
3.2.1. Relação entre as variáveis independentes e as subescalas da FACES IV ..	73
3.2.2. Relação entre as variáveis independentes e os rácios da FACES IV	83
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	88
CONCLUSÃO	96
BIBLIOGRAFIA	99

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de colheita de dados

ANEXO 2 - Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas Equilibradas

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Dia internacional das famílias

APÊNDICE 2 - Consentimento Informado apresentado aos participantes

APÊNDICE 3 - Autorização do Coordenador da USF para realização do estudo

APÊNDICE 4 - Autorização da autora para aplicação da escala de FACES IV

APÊNDICE 5 - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICE 6 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 2.º ano, 3.º semestre do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

O percurso formativo, no âmbito dos estágios curriculares, foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região centro, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego, nomeada ao longo do documento como USF. Tal percurso decorreu em dois períodos distintos: o primeiro entre 21 de abril e 7 de Julho de 2023, com uma carga horária de 405 horas de trabalho, distribuídas por 176 horas de contacto e 229 horas de trabalho autónomo, sendo esta a primeira prática clínica inserida na Unidade Curricular de Prática Clínica de ESF; o segundo período decorreu entre 4 de março a 26 de julho de 2024, com uma carga horária de 810 horas, distribuídas por 258 horas de trabalho autónomo e 552 horas de contacto, sendo estas repartidas por três componentes: 336 horas componente de estágio, 200 horas componente de trabalho de campo e 16 horas de seminário, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório. O Relatório final de estágio é transversal aos dois momentos da prática clínica.

As Unidades de Saúde Familiar podem ser estruturadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Cada uma reflete variações na autonomia, o que resulta em diferentes formas de partilha de riscos e compensação financeira (Biscaia & Heleno, 2017). A legislação que regula a organização e o funcionamento das USF estabelece que os enfermeiros que fazem parte dessas unidades devem possuir o título de EEESF, reconhecendo assim a relevância desses profissionais de saúde (Decreto-Lei [DL] número [nº] 73/2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar encontra-se num lugar privilegiado para avaliação e intervenção em famílias, não só pela proximidade e continuidade no acompanhamento ao longo do ciclo vital, mas também pelos conhecimentos que possui na área da Saúde Familiar. Assim, tendo por base as competências definidas no Regulamento nº428/2018, de 16 de julho, deve cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e transições, nos diferentes níveis de prevenção.

Hanson (2005) define a enfermagem de saúde familiar como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”.

A família representa um dos pilares da sociedade, sendo o contexto primário e privilegiado de socialização. Como sistema, passa por um desenvolvimento que envolve mudanças tanto no

todo, quanto em cada indivíduo. Esse processo segue uma sequência previsível de transformações organizacionais, chamada de ciclo vital da família, e evolui conforme cumpre tarefas específicas em cada etapa. Ainda segundo a mesma autora, define cinco etapas no ciclo vital da família: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Relvas, 2004).

A importância atribuída à influência da família no desenvolvimento das crianças e adolescentes como o principal elo de socialização e aprendizagem tem dado origem a um aumento de diversos estudos que analisam a influência do funcionamento familiar no desenvolvimento infantil (Rodrigo et al., 2009).

O papel dos pais não é unicamente o de promotores do desenvolvimento dos filhos, mas o de sujeitos que estão num processo de desenvolvimento constante, no qual adquirem e transmitem diversas aprendizagens ao longo do seu percurso de vida (Hidalgo et al., 2004).

A etapa da família com filhos em idade escolar é caracterizada pela interação entre dois sistemas complementares: a família e a escola (Relvas, 2004). Assim, o primeiro desafio consiste em cumprir a função externa da família, que se deve ajustar para promover a autonomia da criança, permitindo a sua interação com o mundo exterior (Alarcão, 2002).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), este Relatório de Estágio é considerado uma ferramenta fundamental, devendo conter uma reflexão crítica, objetiva e bem contextualizada sobre todo o trabalho realizado. Assim, o presente relatório tem como objetivo realizar uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas e as novas oportunidades de aprendizagem ao longo da Prática Clínica, bem como refletir acerca do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), assim como apresentar o trabalho de campo realizado, que foi fundamental para o desenvolvimento das atividades de investigação, especificamente o estudo de investigação primária intitulado “Coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar”. Esta temática surgiu a partir da identificação de necessidades em famílias avaliadas durante a Prática Clínica de ESF. Assim, as atividades clínicas proporcionaram a oportunidade de realizar a presente investigação. A finalidade do estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em famílias com filhos em idade escolar, tendo por base os resultados obtidos na realização do trabalho de investigação.

Durante a elaboração do presente relatório e para fundamentar a prática, foram feitas consultas e análises de documentos da USF, além de pesquisas em bases de dados científicas e em documentos de orientação da OE. Também foram utilizados sistemas de gestão de informações, como o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades

Funcionais (MIM@UF), o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o SClinico e o Sistema de Informação das Unidades de Saúde (SINUS).

O trabalho encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro refere-se à componente clínica e o segundo à componente de investigação. O capítulo I é composto pela contextualização do local de estágio – USF; a caracterização das famílias inscritas na USF e no ficheiro da equipa nuclear (médica e enfermeira cooperante). Para além disso, é realizada uma análise critico-reflexiva sobre as atividades realizadas, nomeadamente o processo de cuidados às famílias e o papel da componente prática no fortalecimento das habilidades pessoais e profissionais do estudante. Assim, é elaborada uma reflexão crítica acerca do desenvolvimento das Competências Comuns e das Competências Específicas do EEESF, relacionando-as com as atividades que foram desenvolvidas ao longo dos dois estágios.

O Capítulo II reporta-se à componente de investigação em enfermagem, englobando a identificação do problema de investigação e a sua contextualização; a descrição do planeamento metodológico adotado para resolver a questão, incluindo a fundamentação e a recolha de informações; a apresentação dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, encontra-se a conclusão, que contempla uma reflexão geral sobre toda a Unidade Curricular, destacando os principais aspetos e os desafios enfrentados, relacionando-os com as competências que foram desenvolvidas, assim como as limitações identificadas e possíveis sugestões de melhoria.

Este Relatório de Estágio foi elaborado de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos e as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação, Trabalho de Projeto ou Relatório Final de Estágio, ambos fornecidos pela ESEnfC.

CAPÍTULO I - COMPONENTE CLÍNICA

Neste capítulo, o objetivo é apresentar e analisar o percurso de aprendizagens realizado ao longo das Unidades Curriculares de Prática Clínica e Estágio com Relatório. Será caracterizado o contexto da prática clínica especializada e apresentada uma reflexão crítica sobre como foram adquiridas e desenvolvidas tanto as competências gerais, quanto as específicas do EEESF.

1. CONTEXTO CLÍNICO

O local onde decorre a Prática Clínica é um espaço privilegiado para a concretização de atividades que contribuem para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico, uma vez que propicia a criação de uma parceria entre enfermeiros, promovendo um processo ativo e contínuo de aprendizagem.

As unidades curriculares de Prática Clínica e Estágio decorreram numa USF, situada na região centro do país, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACeS BM) e à ARS Centro. Será nomeada ao longo do documento apenas como USF, garantindo assim a sua anonimização, de acordo com o Artigo n.º 106, que trata do dever de sigilo, o qual obriga o enfermeiro a manter a confidencialidade sobre as informações que obtém no exercício de sua profissão (DL n.º 104/98).

Trata-se de uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde primários com autonomia organizativa, funcional e técnica que atua em articulação com as outras unidades do Centro de Saúde (CS) onde se encontra inserida e do respetivo ACeS.

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

Durante o curso, os conteúdos programáticos focaram-se na aquisição de competências gerais de enfermagem especializada (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e em competências específicas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018). Tal facto possibilitou o desenvolvimento de práticas clínicas em Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), onde o enfermeiro encontra um ambiente ideal para oferecer cuidados de enfermagem abrangentes às famílias, atendendo a todas as fases do ciclo vital e em diversos contextos comunitários.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A USF onde decorreram os estágios iniciou atividades em 23 de dezembro de 2010, como Modelo A, passando a estar organizada segundo o modelo de desenvolvimento B, a partir de 2 de novembro de 2018, após Parecer Técnico.

O CS no qual a USF se encontra dispõe de 2 pisos e o espaço físico é partilhado com várias unidades funcionais, nomeadamente: outra USF, assim como a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Equipa Coordenadora Local (ECL). Relativamente à USF onde decorreram os estágios, funciona no rés do chão (piso partilhado com outra USF). Quanto à estrutura física, é constituída por 1 balcão de atendimento ao público, 1 sala de espera, 1 sala para amamentação (Cantinho da Amamentação), 2 salas de tratamentos, 6 gabinetes médicos, 6 gabinetes de enfermagem e 2 gabinetes polivalentes. Possui ainda um refeitório/ bar, uma sala de reuniões e outras salas de apoio partilhadas com as outras unidades.

Relativamente aos recursos humanos, a USF é constituída por uma equipa multiprofissional, composta por dezasseis profissionais: seis médicos, seis enfermeiras e quatro assistentes técnicos - seis equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, atuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS. A área geográfica de abrangência da USF inclui duas Uniãos de Freguesias, localizadas no concelho de Coimbra, numa superfície total de 46,56 km². Estas possuem um total de 15321 habitantes (7086 do sexo masculino e 8235 do sexo feminino) e 6279 famílias (INE, 2021a).

Estes profissionais "... têm como missão a gestão e organização dinâmica, aproveitando e estimulando as diferentes capacidades individuais, com o intuito de melhorar a eficiência na prestação de cuidados de saúde à população e proporcionar aos profissionais elevado índice de satisfação" (RI USF, 2018). A visão da unidade prende-se com a garantia de ser um serviço de referência na prestação de cuidados de saúde, alicerçado em equipas multiprofissionais, tendo por base uma visão holística da pessoa, reconhecida pela população que serve e pelos seus pares (RI USF, 2018).

A equipa considera como valores fundamentais da sua atividade a assertividade, a qualidade, o respeito, a satisfação, a solidariedade, a transparência e o trabalho em equipa (RI USF, 2018).

O método de organização dos cuidados é o de enfermeiro de família. Em relação à orientação concetual dos cuidados prestados, não há um modelo específico que os profissionais de enfermagem adotem. No entanto, o sistema de informação SClinico é baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), mas a maioria dos profissionais ainda não regista os cuidados prestados no processo familiar, o que resulta na

ausência de diagnósticos de enfermagem e na não documentação das intervenções realizadas durante as consultas de enfermagem às famílias.

O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 20h, em dias úteis, sendo o período de atendimento das 8:15h às 19:45h. Os utentes podem realizar marcação de consultas médicas e de enfermagem de forma presencial ou não presencial, como por exemplo chamada telefónica, e-Agenda ou correio eletrónico. A marcação pode ser efetuada pelo próprio utente, por um familiar ou cuidador, ou pela equipa multidisciplinar de saúde (RI da USF, 2018).

1.2. POPULAÇÃO INSCRITA

Segundo dados recolhidos no BI-CSP, referentes a março de 2023, a USF apresenta uma população inscrita de 10066 utentes, que representam 13013,50 unidades ponderadas (UP), distribuídos por seis equipas multidisciplinares (BI, 2023a).

De acordo com o Regulamento nº 743/2019, o rácio de dotação por enfermeiro adequado em cada UF é um enfermeiro por cada 1550 utentes ou 1917 UP ou um enfermeiro para 350 famílias.

As UP estão relacionadas com a idade dos utentes. Desta forma, as pessoas com idades compreendidas entre os 7 e os 64 anos contam com 1 UP; as crianças até aos 6 anos com 1,5 UP; as pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos com 2 UP e as pessoas com idade igual ou superior aos 75 anos contam com 2,5 UP (DL nº298/2007).

Atualmente, a média de utentes inscritos por médico de família na USF é de cerca de 1678 utentes/equipa nuclear. Relativamente à média das UP, verifica-se que esta é de 2168,92 utentes/equipa de família.

A análise de uma pirâmide etária proporciona uma visão abrangente e visual da distribuição gráfica da população da unidade, por idade e género, permitindo conhecer a dimensão de cada um dos grupos considerados vulneráveis, ou seja, que apresentam características que os tornam suscetíveis a danos físicos ou emocionais e que, por estas razões, possam necessitar de cuidados de saúde específicos.

Assim, analisando a pirâmide da USF (Figura 1), é perceptível que a população é tendencialmente envelhecida, uma vez que a pirâmide é do tipo “pipa” com base retraída e alargamento do topo, com predomínio dos indivíduos em idade ativa. A base retraída e o alargamento do topo refletem uma população regressiva ou contraída, típica de países desenvolvidos, onde se verifica uma baixa taxa de natalidade e elevada esperança média de vida. Assim, a base retraída está relacionada com a baixa taxa de natalidade, devendo-se muitas vezes a fatores como políticas de controlo da natalidade e participação das mulheres

no mercado de trabalho, entre outros. O topo mais alargado está associado ao aumento da esperança média de vida, sendo esta elevada nos países desenvolvidos, indicando uma boa qualidade de vida, bem como políticas públicas direcionadas ao setor da saúde. Contudo, também pode representar gastos elevados com programas de assistência à população envelhecida (Weeks, 2015).

Quanto à avaliação da pirâmide, segundo o sexo, verifica-se que a percentagem de utentes do sexo masculino é de 47%; consequentemente, a percentagem de utentes do sexo feminino é ligeiramente superior, sendo de 53% (Figura 1).

Relativamente às faixas etárias, a unidade apresenta uma percentagem de aproximadamente, 21.44% de pessoas idosas, correspondente a 2159 utentes (idade ≥ 65 anos). Tendo em conta os indicadores demográficos, denota-se que é uma população envelhecida, nomeadamente o índice de dependência total - relação entre a população jovem e idosa, apresenta o valor de 53.3%; o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) – relação entre a população idosa e a população em idade ativa, apresenta o valor de 32,88% e por fim, o índice de dependência de jovens (≤ 14 anos) – relação entre a população jovem e a população em idade ativa, apresenta o valor de 20.42%.

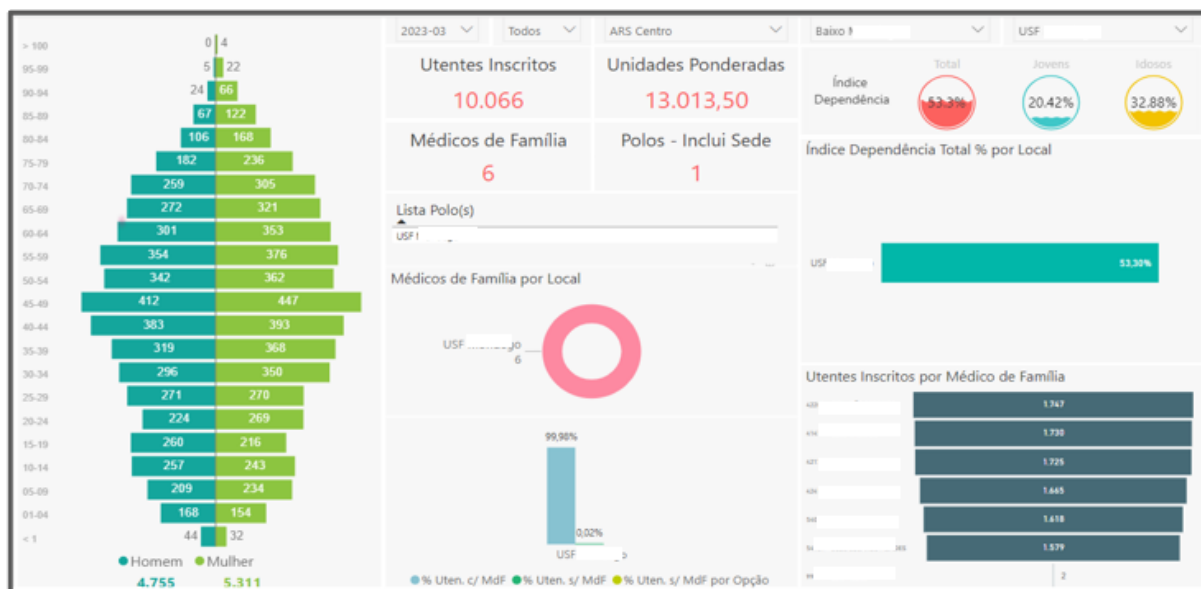
O BI-CSP oferece dados que possibilitam a caracterização e monitorização das Unidades Funcionais (UF) dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quantificando o desempenho dessas unidades através do Índice de Desempenho Global (IDG), de forma multidimensional, o que contribui para o seu desenvolvimento e aprimoramento contínuo (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020).

Segundo dados obtidos no BI-CSP (dados referentes a dezembro de 2022), a USF obteve um Índice de Desempenho Global (IDG) de 81.40. Neste ACeS, existem 11 unidades modelo B (sendo o valor máximo 89, o valor mínimo 80 e a média 84); 8 USF com IDG ≥ 75 e < 85 e 3 com valor ≥ 85 e < 95 . Esta USF apresenta assim um valor de IDG entre o valor mínimo e médio do ACeS (BI-CSP, 2023). São consideradas quatro áreas do Índice de Desempenho Setorial (IDS) para cálculo do valor do IDG: em primeiro lugar, a área do Desempenho Assistencial que no caso da USF apresenta um valor de 77.3 (que inclui a subárea do Acesso que apresenta um valor de 80.90, da Gestão da Doença que apresenta um valor de 78.1, da Gestão da Saúde que tem um valor de 80.9 e da qualificação da prescrição no valor de 69.5); depois, a área da Formação Profissional que engloba a subárea formação interna em que o valor apresentado é 75; seguidamente, a área da Qualidade Organizacional com um valor de 85.6 (que inclui a subárea Centralidade no Cidadão com o valor de 60, a Melhoria Contínua da Qualidade com o valor de 100 e a Segurança com o valor de 84; finalmente, em quarto

lugar, a área dos Serviços (que inclui a subárea Serviços de Carácter Assistencial e a subárea Serviços de Carácter não Assistencial, ambas possuindo o valor 100) (BI, 2023b).

Figura 1

Pirâmide Etária de Utentes Inscritos na USF



Fonte: BI-CSP acedido em março de 2023

1.3. CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES E FAMÍLIAS INSCRITAS NA EQUIPA NUCLEAR

Durante a realização da Prática Clínica da mestranda na USF, foi realizada a caracterização do ficheiro da lista de utentes e famílias da equipa nuclear (Médica e Enfermeira Cooperante) utilizando a informação obtida através do SI SClinico e Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

1.3.1. Caracterização da lista de utentes inscritos na equipa nuclear

De forma a caracterizar mais aprofundadamente os utentes pertencentes à lista da equipa nuclear (Médica e Enfermeira Cooperante) na qual decorreram as UC Prática Clínica de ESF, é apresentada na Figura 2 a pirâmide etária dos mesmos.

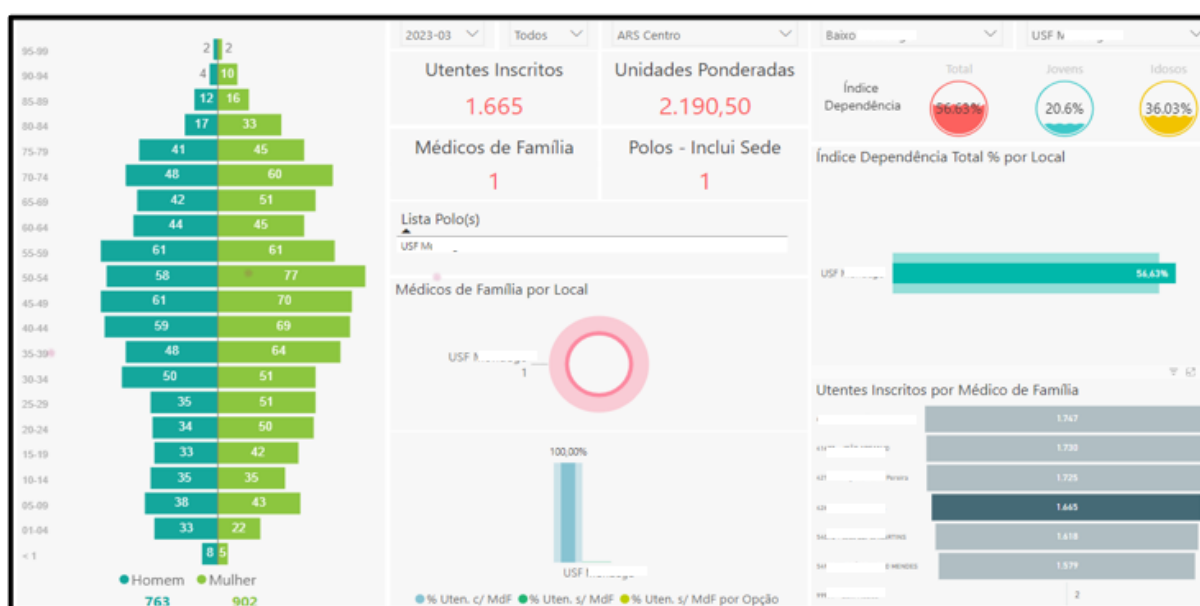
De acordo com os dados colhidos através do BI-CSP (Figura 2) e após o estudo de ficheiro quanto ao número de famílias, tipo e fase do ciclo de Duvall das famílias nucleares dos utentes pertencentes à lista da equipa nuclear (Médica e Enfermeira Cooperante), pode verificar-se que esta apresenta uma população inscrita de 1665 utentes e 705 famílias, com um índice de

dependência total de 56.63%, para além de 36.03% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 20.6% de dependência de jovens (≤ 14 anos). Quanto ao sexo, à semelhança da pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, verifica-se que existe um número superior do sexo feminino (902 utentes – 54%), em relação ao masculino (763 utentes – 46%). Esta diferença verifica-se igualmente na faixa etária dos utentes idosos - um maior número de mulheres, o que pode indicar que existe uma maior esperança média de vida em utentes do sexo feminino. Verifica-se também que aproximadamente 64% (1063 utentes) têm idades compreendidas entre os 15 e 64 anos de idade e que a população idosa (utentes com idade ≥ 65 anos) tem uma percentagem de 23% (383 utentes idosos) e apenas 13% têm idade entre os 0 e 14 anos (219 utentes). A faixa etária dos 50 aos 54 anos é a que apresenta maior número de utentes (135 utentes). Estes dados indicam que uma grande parte da população se encontra em idade ativa.

Na mesma figura, é possível identificar que se trata, também, de uma pirâmide envelhecida, estando em concordância com a pirâmide etária da USF, pois apresenta grande número de indivíduos no topo da pirâmide, denotando aumento da esperança média de vida da população idosa e expressando a importância da melhoria nos cuidados de saúde. Neste ficheiro, apesar de se tratar de uma pirâmide etária envelhecida, destaca-se a existência de uma percentagem favorável de crianças e jovens com idades dos 0 aos 19 anos de 17,7% (294 utentes).

Figura 2

Pirâmide Etária de Utentes Inscritos na equipa nuclear (Médica e Enfermeira Cooperante)



Fonte: BI-CSP, acessado em março de 2023.

Relativamente aos indicadores demográficos (Tabela 1), pode verificar-se que fazendo a comparação dos utentes inscritos na USF e na equipa nuclear, existe um índice de envelhecimento superior nos utentes inscritos na equipa nuclear. Consequentemente, o índice de dependência total, o índice de longevidade e o índice de dependência de idosos também apresentam valores superiores, o que pode ser interpretado de várias formas. Por um lado, pode significar uma melhoria na qualidade dos cuidados e, por outro, um aumento da necessidade de cuidados neste grupo de utentes, dado tratar-se de uma população mais envelhecida, quando comparada com a população inscrita na USF.

Tabela 1

Indicadores demográficos dos utentes inscritos na USF e na lista de utentes da equipa nuclear

Indicadores Demográficos	Inscritos na USF (%)	Inscritos na lista de utentes da equipa nuclear (%)
Índice de Dependência Total [(Pop ≤14 anos + Pop ≥ 65 anos) / Pop 15-64 anos] x 100	53,3%	56,6%
Índice de Dependência de Idosos (Pop ≥65 anos/Pop 15-64 anos) x 100	32,9%	36,0%
Índice de Dependência de Jovens (Pop ≤14 anos/Pop 15-64 anos) x 100	20,4%	20,6%
Índice de Longevidade (Pop ≥75 anos/Pop ≥65 anos) x 100	46,4%	47,5%
Índice de Envelhecimento (Pop ≥65 anos/Pop ≤14 anos) x 100	161%	175%
População Ativa (Pop 15-64 anos/Pop total) x 100	65,2 %	63,8%

A Tabela 2, foi elaborada tendo por base os dados obtidos através do programa SClinico, a equipa nuclear na qual se realizou a Prática Clínica (definida por equipa D). Trata-se da quarta lista com maior número de utentes inscritos na unidade de saúde. Contudo, é a lista com maior número de utentes vigiados em Consulta de Diabetes Mellitus (DM) e Consulta de Rastreio Oncológico (RO), sendo a segunda maior lista com utentes vigiados na Consulta de Hipertensão Arterial (HTA). É a terceira com número mais elevado de utentes seguidas na Consulta de Saúde Materna (SM). No entanto, é uma das equipas com menor número de Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ). Estes dados vão ao encontro dos dados analisados através da pirâmide etária da lista de utentes da equipa nuclear, quando comparados com a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, ou seja, trata-se de uma população mais envelhecida. Daí resulta uma maior tendência para mais comorbilidades, como são os casos da DM e HTA, aumentando assim a necessidade de cuidados e de base estreita, pelo que existe um menor número de utentes em consulta de vigilância de SIJ.

Tabela 2

Utentes inscritos por equipa nuclear e n.º utentes elegíveis nos diferentes programas de vigilância.

Equipa	A	B	C	D	E	F
DM	141	164	131	176	165	111
HTA	329	356	301	370	381	318
PF	407	365	524	431	394	433
RO	576	198	445	585	416	336
SIJ	388	297	369	337	449	336
SM	6	4	7	7	8	12
Total	1735	1595	1638	1681	1759	1780

Fonte: Plataforma Informática SClinico, 2023.

Assim, foi neste contexto que foram desenvolvidas as Unidades Curriculares Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, cujo objetivo foi dar resposta ao proposto no guia orientador de estágio, assim como ampliar e aplicar conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares lecionadas ao longo do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, os quais permitiram obter alguns ganhos em saúde.

1.1.3.2. Caracterização da lista de famílias inscritas na equipa nuclear

“Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos, uma vez que todos temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos, dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família, originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando” [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2008].

As definições de família são vastas e têm vindo a sofrer alterações e mudanças ao longo dos tempos e culturas. Família é um sistema complexo e natural, onde podem existir laços sanguíneos, mas sobretudo afetivos. Todas as pessoas estão ligadas a uma ou mais famílias, sendo um sistema que só pode ser compreendido a partir de uma perspetiva holística (Relvas, 2004).

Atualmente, a família pode ser classificada de diversas formas. No programa informático SClinico, é possível encontrar os seguintes tipos:

- Nuclear, que resulta de um primeiro casamento com filhos biológicos;

- Alargada, quando coabitam pelo menos três gerações na mesma casa;
- Monoparental, se constituída por um progenitor que coabita com o(s) seu(s) descendente(s);
- Reconstruída, aquela em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges;
- Unitária, sendo constituída por uma pessoa que vive sozinha;
- Outras (Potter & Perry, 2003 como referido por Pires, 2016).

A família é considerada como um sistema semifechado, composta por indivíduos que se relacionam entre si e com outros sistemas sociais. Sob o ponto de vista do desenvolvimento, esta realidade é descrita como um pequeno grupo que vivencia diversas etapas ao longo do seu ciclo vital (Duvall & Kerckhoff, 1958; Hill, 1964; Hill, 1986; Rodgers, 1964; Solomon, 1973 como referido por Martins, 2018).

A família inicia-se no casamento e desenvolve-se rapidamente até ao nascimento do primeiro filho, quando o casal assume funções de pais. Com o nascimento de outros filhos, a família vê-se obrigada a reestruturar-se para colmatar as necessidades do novo elemento, o que desencadeia uma reorganização de papéis na vida familiar (Duvall & Kerckhoff, 1958; Framo, 1994; Hill, 1986 como referido por Martins, 2018).

As famílias atingem a maturidade, à medida que as suas crianças crescem, desde a infância até à adolescência e finalmente, até estas constituírem família e terem a sua própria casa. Após a saída de todos os filhos, a família contrai-se, passando pela fase do “ninho vazio”, onde o casal volta a estar sozinho (Duvall & Kerckhoff, 1958; Hill, 1986 como referido por Martins, 2018).

O ciclo vital da família pressupõe a identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, tendo em conta o cumprimento de tarefas bem definidas, as quais caracterizam as diferentes etapas. O programa informático SCLinico adota as fases do Ciclo Vital da família, segundo Duvall. Tais fases podem ser definidas de acordo com os seguintes fatores: número de pessoas na família; idade do filho mais velho do casal; posição escolar do filho mais velho; funções e estatuto das famílias antes das crianças nascerem e após estas saírem de casa (Martins, 2018).

“Este modelo tem em conta as mudanças na categoria etária do filho mais velho enquanto marcador do início de uma nova fase, uma vez que as mudanças das experiências do filho mais velho afetam os restantes membros da família. Ocorre uma mudança de fase cada vez que há uma rutura no complexo de posições familiares e nos papéis dessas mesmas posições (Duvall & Kerckhoff, 1958; Hill, 1986 como referido por Martins, 2018).

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

Na USF, o ficheiro da equipa nuclear possui setecentas e cinco famílias, mais do dobro das famílias preconizadas pela OE, o que demonstra que não são cumpridas as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pois de acordo com as orientações emanadas pela OE, o rácio de dotações seguras na USF é um enfermeiro para cada 1550 utentes ou um enfermeiro para cada 350 famílias (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). O número de utentes atribuídos a uma equipa influencia diretamente a carga de trabalho, que pode variar consoante diferentes fatores. Por isso, a dimensão da lista deve ser ajustada de acordo com as suas características e o contexto envolvente. Quando a lista é demasiado extensa, como já observado na equipa nuclear, podem surgir impactos negativos no acesso e na qualidade dos cuidados prestados, afetando a assistência aos utentes, dificultando o seu acesso aos serviços de saúde e prejudicando a satisfação dos utentes e dos profissionais (SNS, 2017).

Quanto ao tipo de família e de acordo com a classificação parametrizada no aplicativo informático SClinico (Tabela 3), encontram-se os diferentes tipos de família com a seguinte distribuição: famílias nucleares (376), famílias alargadas (20), famílias monoparentais (118), famílias reconstruídas (20), famílias unitárias (165) e outras (6). A partir destes dados, é possível concluir que a lista de utentes é composta, maioritariamente, por famílias nucleares, refletindo o aumento das famílias clássicas na região de Coimbra (PORDATA, 2022). Além disso, inclui um número significativo de famílias unitárias, evidenciando a presença de muitas pessoas a viver sozinhas. Paralelamente, verifica-se um crescimento das famílias monoparentais, o que é o resultado da elevada taxa de divórcios na sociedade atual.

Tabela 3*Tipo e número de famílias inscritas na equipa nuclear*

Tipo de Família	n	%
Nucleares	376	53,3
Alargada	20	2,8
Monoparental	118	16,7
Reconstruída	20	2,8
Unitária	165	23,4
Outras	6	0,9
Total	705	100

Quanto à fase do ciclo vital (Tabela 4), a classificação parametrizada é baseada no modelo de Duvall sendo aplicável apenas às famílias nucleares (Rebelo, 2018). De acordo com a informação obtida no SClinico, as famílias encontram-se distribuídas pelas seguintes fases: família sem filhos (15), família com filhos pequenos (31), família com filhos em idade pré-escolar (27), família com filhos em idade escolar (40), família com filhos adolescentes (319), família com filhos adultos jovens (82), família na meia-idade (28) e por último, família idosa (122).

Tabela 4*Caracterização da lista de famílias nucleares dos utentes inscritos na equipa nuclear, segundo o ciclo de Duvall*

Fase do Ciclo de Duvall	n	%
Famílias sem filhos	15	4,0
Família com filhos pequenos	31	8,2
Família com filhos em idade pré-escolar	27	7,2
Família com filhos em idade escolar	40	10,6
Família com filhos adolescentes	31	8,2
Família com filhos adultos jovens	82	21,8
Família na meia-idade	28	7,4
Família idosa	122	32,4
Total	376	100

1.3.2. Caracterização das famílias com crianças em idade escolar inscritas na equipa nuclear

Após levantamento das crianças em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive, nascidas entre 01/01/2014 e 31/12/2017, inscritas na equipa nuclear da enfermeira cooperante, obteve-se uma amostra de 67 crianças. A totalidade de crianças inscritas representa assim 4% da população de utentes inscritos no ficheiro. Como se pode verificar através da Tabela 5, o maior grupo de crianças em idade escolar são as nascidas em 2017 com 37,3% (n=25) e em 2014 com 32,8% (n=22). Relativamente ao sexo, 33 (49,25%) crianças são do sexo masculino e 34 (50,75%) do sexo feminino.

Tabela 5

Caracterização das crianças em idade escolar do ficheiro da enfermeira cooperante segundo o ano de nascimento e o sexo

Ano de Nascimento	n	%	Masculino	Feminino
2014	22	32,8	15	7
2015	12	17,9	5	7
2016	8	11,9	5	3
2017	25	37,3	8	17
Total	67	100,0	33	34

Após análise dos agregados familiares das 67 crianças em idade escolar inscritas no ficheiro, verificou-se que estas faziam parte de 61 famílias - 8,7% das famílias inscritas. Posto isto, procedeu-se à caracterização destas famílias quanto ao tipo e fase do ciclo vital em que se encontram.

Assim, podemos verificar através da Tabela 6 a existência de 40 famílias do tipo nuclear (65,6%), 3 famílias (4,9%) do tipo alargada, 14 famílias (23%) do tipo monoparental e 4 famílias (6,6%) do tipo reconstruída.

Tabela 6

Caracterização das famílias com crianças em idade escolar inscritos na equipa nuclear, quanto ao tipo de família

Tipo de família	n	%
Nucleares	40	65,6
Alargada	3	4,9
Monoparental	14	23,0
Reconstruída	4	6,6
Total	61	100

Quanto à etapa do ciclo vital, tendo por base a classificação de Duvall, pode observar-se na Tabela 7 que 23 famílias (57,5%) se encontram na etapa III - família com filhos em idade pré-escolar e que 17 famílias (42,5%) se encontram na etapa IV – família com filhos em idade escolar.

Tabela 7

Caracterização das famílias nucleares com crianças em idade escolar inscritos na equipa nuclear, quanto à etapa do ciclo vital

Etapa do ciclo vital	n	%
Família com filhos em idade pré-escolar	23	57,50
Família com filhos em idade escolar	17	42,50
Total	40	100

2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, a mestranda apresenta a reflexão sobre o desenvolvimento das suas competências nos cuidados de enfermagem à família, decorrente da realização da prática clínica de natureza profissional na USF. O texto seguinte pretende documentar o seu percurso formativo, através da descrição e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências focadas no cuidado à família, no âmbito das competências comuns e específicas do EEESF.

Paralelamente, analisa essas mesmas aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências requeridas para atribuição do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, salientando a importância de uma prática fundamentada no conhecimento mais pertinente e atual, baseado na mais recente evidência científica, de modo a permitir a resolução de problemas complexos no cuidado de enfermagem especializado à família de forma sustentada e à luz dos valores da profissão de enfermagem.

Este contexto de prática clínica permitiu a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem Familiar, bem como o desenvolvimento das competências comuns do EE, e competências específicas do EEESF, focadas no cuidado à família ao longo do seu ciclo vital, nas suas transições e nos diferentes níveis de prevenção.

Determinados modelos teóricos de enfermagem são utilizados como instrumentos de avaliação familiar, procurando guiar a prática clínica, fortalecendo o conhecimento e promovendo cuidados de excelência. Essas teorias oferecem identidade e uma linguagem comum à profissão. Tendo por base os objetivos de estágio, as atividades clínicas foram fundamentadas em modelos e instrumentos de avaliação.

A Teoria Geral dos Sistemas, Cibernética e Teorias da Comunicação Humana foram fundamentais para entender a família como um sistema e suas interações. A Teoria Geral dos Sistemas permitiu entender a família como uma unidade composta por subsistemas. A Cibernética trouxe conceitos sobre o funcionamento evolutivo familiar (sistema aberto, dinâmico, adaptativo) e a Teoria da Comunicação destacou a forma como a comunicação verbal e não verbal entre os membros influencia os comportamentos dentro da família. A partir destas teorias, surgiram vários modelos de avaliação e intervenção familiar, recomendados internacionalmente, que centrados na família enquanto unidade de cuidados, ajudam na identificação das necessidades familiares e na obtenção de ganhos em saúde para as famílias, constituindo referenciais reconhecidos e recomendados como modelos para a prática de ESF pela *Internacional Family Nursing Association* (IFNA) (2020) (Alarcão, 2006; Dias, 2011).

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar focam-se no equilíbrio e na homeostasia. O Modelo de Avaliação da Família, de Friedman, vê a família como um sistema aberto que interage com outros sistemas, focando-se na estrutura, nas funções e nas relações da família com outros sistemas sociais. Por outro lado, os Modelos de Avaliação e Intervenção da Família de Calgary consideram que, quando um membro da família é afetado, todos os outros o são, reforçando a visão da família como uma unidade sistémica (Figueiredo, 2012, 2023b; Hanson, 2005).

O MDAIF sustenta-se nos modelos de Calgary de Avaliação Familiar e de Intervenção na Família e pretende “dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da Enfermagem de Família, na sua vertente epistemológica, teórica e de investigação prática”. Neste modelo, a avaliação da família divide-se em três áreas: a estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico); a de desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental) e a funcional (papel do prestador de cuidados e o processo familiar) (Figueiredo, 2012, 2023a).

A dimensão estrutural foca-se na estrutura da família, tendo como objetivo identificar a sua composição e os vínculos existentes entre a mesma e os outros subsistemas como a família alargada e o meio envolvente. Este conceito é fundamental na compreensão da dinâmica familiar, pois permite identificar padrões de funcionamento, redes de apoio e influências externas que podem afetar a família. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem o Genograma, o Ecomapa e a Escala de Graffar Adaptada (Figueiredo, 2012).

A dimensão de desenvolvimento permite ao enfermeiro compreender a etapa do ciclo vital da família, definindo assim as áreas de avaliação prioritárias e adaptar as intervenções baseadas na etapa específica do ciclo vital em que a família se encontra, com o objetivo de a capacitar para a realização das tarefas essenciais em cada etapa do desenvolvimento desse núcleo para futuras transições. Esta abordagem facilita a preparação para transições futuras, promovendo um desenvolvimento saudável e equilibrado da família. (Figueiredo, 2012).

A dimensão funcional aborda as interações familiares que permitem o cumprimento das funções e tarefas, garantindo a sustentabilidade do sistema familiar por meio da complementaridade entre os seus membros. Divide-se em duas áreas fundamentais do funcionamento familiar: a instrumental, relacionada com as atividades diárias e a definição do papel do prestador de cuidados, e por outro lado a expressiva, focada nas interações e necessidades familiares, permitindo a compreensão da família, onde se inclui a definição do processo familiar. Este inclui cinco subdimensões: comunicação, *coping*, interação de papéis, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

Estas dimensões são operacionalizadas através da Matriz Operativa, após a avaliação ser efetuada, sendo definidos diagnósticos e intervenções de enfermagem, de forma a minimizar os problemas encontrados, proporcionando às famílias ganhos em saúde (Figueiredo, 2012).

A Teoria das Transições de Meleis explica como as pessoas vivenciam crises e quais são as suas respostas a essas situações. Ao longo do ciclo vital, os indivíduos passam por diferentes tipos de transições: desenvolvimentais (naturais do ciclo de vida), situacionais (inesperadas), saúde-doença (adaptação a doenças) e organizacionais (mudança de papéis). As transições representam a passagem de uma fase ou condição para outra e os enfermeiros devem ser agentes facilitadores dessas transições de forma saudável, tendo em consideração os impactos das mesmas na vida das pessoas (Meleis, 2012; Melo, 2021).

Segundo Gottlieb (2016), o Cuidar Baseado nas Forças (CBF) centra-se nas forças do indivíduo e da família, proporcionando cuidados de enfermagem, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar. As forças consistem em qualidades únicas da pessoa ou família, que atuam como recursos valiosos de poder e energia para enfrentar desafios. Essas forças incluem capacidades, atitudes, competências e traços, podendo ser biológicas, psicológicas, espirituais ou sociais. O enfermeiro tem o papel de identificar e revelar essas forças, algumas mais evidentes que outras. De acordo com Figueiredo (2012), essas capacidades devem ser consideradas ao planejar intervenções para a mudança.

Estes conceitos, teorias e modelos surgiram, com o objetivo de facilitar mudanças na prática da enfermagem de família baseadas em evidências científicas (Figueiredo, 2009).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências inerentes ao cuidado especializado foram a base que orientou tanto a prática clínica quanto o desenvolvimento profissional. Durante esta prática clínica, foi possível demonstrar a aquisição e o desenvolvimento tanto das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) quanto das competências específicas do mesmo em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

Os Enfermeiros Especialistas partilham um conjunto de competências que fazem parte do regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, aplicáveis em todos os contextos, organizadas por domínios, nomeadamente: responsabilidade ética, profissional e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A aquisição das competências comuns é demonstrada através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como através de um exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Ao longo da prática clínica, procurou-se desenvolver as referidas competências, uma vez que se revelam essenciais para o desenvolvimento e aquisição das competências específicas da especialidade.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da competência comum “Responsabilidade profissional, ética e legal”, é esperado que o enfermeiro desenvolva uma prática na área da especialidade, “agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Pensar em normas legais, ética e deontologia remete-nos para o Código Deontológico do Enfermeiro, o qual constitui um pilar fundamental para a prática desta profissão. Nele estão enunciados os deveres profissionais, tendo por base os direitos dos cidadãos e das comunidades, assim como as responsabilidades que a profissão assumiu (OE, 2015).

Neste sentido, durante o estágio, a prática ética, legal e segura foi uma constante, baseada no julgamento clínico e na decisão fundamentada em conhecimentos éticos e deontológicos. Procurou-se promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelo direito dos utentes/família no acesso à informação, à confidencialidade, à segurança da informação escrita e oral adquirida, à escolha, à privacidade, aos seus valores, costumes e crenças, promovendo uma comunicação contínua. Simultaneamente, a integração na equipa da USF possibilitou à mestranda assistir e realizar consultas autónomas e interdisciplinares e participar com a equipa na construção de tomada de decisões respeitantes ao processo de cuidados ao utente e família, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia. Assim, considera ter desenvolvido ações no domínio da responsabilidade profissional ética e legal no seu campo de intervenção, promovendo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, cumprindo assim a Competência Comum do EE no domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal”.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

É esperado que o Enfermeiro Especialista tenha um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolva

uma prática de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria e garanta um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Assim, a melhoria contínua da qualidade constitui, igualmente, uma Competência Comum do EE.

Na expectativa da sociedade, relativamente aos profissionais de enfermagem, espera-se que tendo por base conhecimentos científicos sólidos e atualizados, adotem estratégias e procedimentos eficazes, no sentido de apoiar os utentes e famílias na resolução dos seus problemas de saúde. Por outro lado, devido às exigências cada vez maiores nos padrões de qualidade na assistência em saúde, o Enfermeiro Especialista assume-se como uma mais valia para a implementação de cuidados especializados. Este profissional procura a satisfação do utente/família, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção (OE, 2015). Assim, ao longo da sua prática clínica, a mestrande tentou sempre promover um ambiente seguro para o utente/família, implementando medidas de prevenção e controlo da infeção.

Simultaneamente, o Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas, implementando programas de melhoria contínua. Para tal, usa a evidência científica e as normas necessárias, utilizando indicadores e instrumentos adequados para a sua avaliação, analisando de novo os resultados obtidos. Este processo permite identificar oportunidades, estabelecer prioridades, selecionar estratégias, agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática e fomentar a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2015).

No decorrer do estágio, ao longo da prestação de cuidados, o objetivo principal da mestrande foi sempre a prestação de cuidados ao utente e família de forma holística, baseando a sua prática em protocolos, normas e orientações existentes, potenciando a uniformidade no cuidar, com o objetivo de uma melhoria constante da qualidade e da manutenção de um ambiente terapêutico seguro em todos os momentos da prática clínica. Como adjuvante, foi construído um ficheiro Excel, no qual foram introduzidos todos os dados de caracterização das famílias, que poderá ser atualizado continuamente pela enfermeira cooperante. Este modelo abrange várias áreas distintas que ajudam a ampliar o conhecimento sobre as famílias, especialmente em relação às suas potenciais vulnerabilidades, facilitando a sua identificação e intervenção precoce.

De referir, que ao longo do estudo da lista de famílias do ficheiro da enfermeira cooperante, verificaram-se algumas inconformidades nos processos familiares, tendo sido realizada uma proposta de intervenção e sensibilização à equipa multidisciplinar, relativamente à necessidade de correção dos processos familiares da lista de famílias; evidenciando-se assim o reconhecimento de uma oportunidade de melhoria.

Em suma, considera-se que a Competência Comum do EE no âmbito da "Melhoria Contínua da Qualidade" foi alcançada, uma vez que se procurou assumir um papel ativo no desenvolvimento e apoio a iniciativas estratégicas. Foram promovidas práticas de qualidade, assegurando um ambiente terapêutico seguro, além de se gerir um ambiente centrado na pessoa para maximizar a eficácia terapêutica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados e recursos é fundamental, uma vez que permite rentabilizar e organizar melhor o tempo e os cuidados prestados. Neste âmbito, é esperado que o Enfermeiro Especialista tenha capacidade de "a) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste quadro, aos Enfermeiros Especialistas são exigidas competências na área da gestão, visto que estas constituem uma parte importante da sua prática diária. Esta exigência inclui não só a gestão de recursos materiais, mas também a de recursos humanos, instalações e equipamentos, e ainda a gestão dos cuidados. Estas competências ganham especial importância quando têm como alvo a segurança e a melhoria contínua dos cuidados. Neste sentido, ao longo do estágio, a mestranda efetuou a caracterização do contexto da prática clínica, incluindo a área de abrangência, a população inscrita e o índice de desempenho global. Esta análise possibilitou compreender o perfil da população inscrita e as suas necessidades de saúde, assim como os recursos necessários para a prestação de cuidados adequados, tendo em consideração as dotações seguras. Assim, os cuidados de enfermagem foram geridos, aprimorando a resposta e a coordenação da equipa de saúde, concomitantemente identificando com adequação as necessidades de referência para outros prestadores de cuidados. A liderança e gestão dos recursos foram ajustadas conforme as situações e o contexto, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados, reconhecendo os papéis e funções de cada membro da equipa e promovendo um ambiente propício à prática profissional, evidenciando-se assim o reconhecimento das competências comuns do domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo. Sendo uma competência comum do Enfermeiro Especialista, é esperado que este “desenvolva o autoconhecimento e assertividade e baseie a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Ao longo do seu percurso profissional, a mestranda demonstrou sempre interesse em adquirir novos conhecimentos e na sua atualização permanente, revelando-se um enorme contributo para a prestação de cuidados com qualidade – razão pela qual ingressou neste curso de mestrado. Sustentou sempre a sua prática clínica em evidência científica e nos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares ao longo do curso, com a mobilização dos conhecimentos associados à teoria de médio alcance das Transições de Meleis, ao MDAIF, ao CBF (Cuidar Baseado nas Forças), e através de pesquisa bibliográfica na área de ESF por forma a promover os melhores cuidados de saúde ao utente/família.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os CSP constituem um contexto privilegiado de contato com as famílias. De entre os profissionais de saúde, o EEESF destaca-se como um dos principais cuidadores da família, munido-se de competências que lhe permitem avaliar e projetar intervenções para e com as famílias.

Relativamente às competências do Enfermeiro Especialista na área de saúde familiar, estas dividem-se em duas áreas:

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

b) Liderar e colaborar nos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

2.2.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Relativamente às competências inseridas nesta alínea, o Enfermeiro Especialista cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, considerando a família como unidade de cuidados,

promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

Ao longo do estágio, a mestranda efetuou o estudo de ficheiro da equipa nuclear, nomeadamente a caracterização sociodemográfica, tipologia familiar e etapa do ciclo vital segundo Duvall, uma vez que está parametrizado no SClinico, ficando associado ao processo familiar, em campos destinados para o efeito pelo programa informático. Realizou também a caracterização, avaliação e intervenção familiar a uma amostra de famílias do ficheiro da enfermeira cooperante. Os dados foram obtidos no BI-CSP, no mês de março de 2023, e trabalhados num ficheiro Excel, onde foram registados todos os dados de caracterização das famílias, permitindo que a enfermeira cooperante o atualize continuamente, o que permitiu o desenvolvimento das competências supracitadas, uma vez que foram prestados cuidados adaptados a cada família, tendo uma visão holística da mesma e considerando sempre as suas diferenças e particularidades. Concomitantemente, foram realizados todos os registos no Programa de Saúde da Família, que consta no SClinico.

No processo de aquisição de competências nesta área, a mestranda considera que foram fundamentais tanto a avaliação, como a caracterização de uma amostra de famílias inscritas no ficheiro da equipa nuclear da enfermeira cooperante, pois a partir dessa estratégia, foram identificadas algumas situações complexas, permitindo assim planeamento e intervenções de enfermagem. Estas tiveram por base a matriz operativa do MDAIF, permitindo a prática de enfermagem baseada na abordagem sistémica da família, identificando o potencial do sistema familiar para promover a saúde dos seus subsistemas e, conseqüentemente, o bem-estar e a saúde da família no seu todo. A mestranda utilizou o modelo referido como guia para a prática de ESF, o que permitiu explorar os sistemas familiares e desenvolver oportunidades para integrar as etapas do processo de enfermagem: colheita de dados, avaliação das necessidades familiares, implementação de intervenções, avaliação da eficácia dos cuidados e obtenção de resultados positivos em saúde, ou seja, ganhos em saúde, promovendo a modificação positiva dos diagnósticos familiares. Assim, foram desenvolvidas as Competências Específicas do EEESF, “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” e “Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família” (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

No que concerne ao processo de seleção das famílias ao longo do desenvolvimento do primeiro estágio, foi efetuada uma amostra por conveniência e de forma oportunista, através dos contactos efetuados na USF, dando preferência ao estudo de famílias em diferentes transições. No segundo estágio, foi dada preferência ao estudo de famílias com crianças em

idade escolar, visto haver particular interesse nas mesmas, uma vez que representam a população alvo do estudo de investigação a apresentar no capítulo II, tendo sido estudado um total de vinte famílias.

O desenvolvimento do processo de cuidados às famílias foi realizado em contexto de consulta de enfermagem, sempre que possível com todos os seus membros integrantes. As famílias, a seguir mencionadas servem como exemplos do desenvolvimento das competências específicas do EEESF necessárias, estando os casos descritos com a devida codificação, para garantir a sua confidencialidade.

A estas famílias foi efetuada a avaliação inicial (colheita de dados da família), recorrendo-se à entrevista familiar estruturada na matriz operativa do MDAIF. Nesta etapa, foi realizada uma entrevista o mais completa possível, tendo também em consideração o histórico familiar e hereditário. Foi realizada a caracterização quanto ao tipo de família e a fase do ciclo vital, tendo-se recorrido a vários instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente: elaboração do genograma e ecomapa familiares, bem como a aplicação da Escala de Notação Social da Família - escala de Graffar Adaptada, Escala de FACES II e APGAR familiar de Smilkstein.

Tendo por base o MDAIF, a avaliação da família divide-se em três dimensões: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. A primeira tem como objetivo identificar a sua composição e os vínculos existentes entre a mesma e os outros subsistemas. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar Adaptada (Figueiredo, 2012).

A elaboração do genograma e ecomapa familiares permitiu compreender as forças, recursos e necessidades da família enquanto unidade, bem como a sua dinâmica interna e externa. Esses instrumentos mostram as interações e relações com o ecossistema familiar, incluindo informações demográficas e funcionais (Wright & Leahey, 2013). No entanto, uma limitação do SI SClinico é a falta de campo para documentar esses dados, razão pela qual a mestranda registou essa informação em suporte de papel.

Das vinte famílias estudadas, quanto ao tipo de família verificou-se a existência de dez nucleares, cinco alargadas, três monoparentais e duas unitárias. Relativamente às relações estabelecidas com a família extensa, todas referiram o apoio emocional recebido. Dezanove nomearam o apoio da família extensa, nomeadamente dos pais/sogros e uma família afirmou que recebia apenas apoio de uma irmã.

No que concerne aos sistemas mais amplos, todas as famílias recorriam ao sistema de saúde, considerando a equipa de saúde da USF um sistema fundamental no seu quotidiano. Dez das famílias referiram como importantes os amigos; três nomearam os vizinhos e sete os colegas de trabalho.

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, revelou-se muito importante a Escala de Notação Social da Família, ou Escala de Graffar Adaptada, que avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo classificar a sua classe social, conhecendo mais pormenorizadamente os seus recursos e possíveis fatores de stress, permitindo identificar algumas condições de vulnerabilidade, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial. Nesta conformidade, as características da família são classificadas em cinco itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona habitacional. O somatório destes itens permite determinar a classe social da família, numerada de: classe alta (I), classe média alta (II), classe média (III), classe média baixa (IV) ou classe baixa (V) (Figueiredo, 2009).

Quanto à aplicação da Escala de Graffar Adaptada nas famílias avaliadas, verificou-se a existência de duas famílias em classe alta – Nível I; dez em classe média alta – Nível II; quatro em classe média – Nível III e quatro em classe média baixa – Nível IV.

A classificação de uma das famílias abordadas em classe social média baixa suscitou especial atenção a potenciais riscos a que esta poderia estar exposta, tratando-se de uma família com pais jovens, com duas crianças pequenas (idade <3 anos), implicando assim a análise específica de cada um dos seus itens, de forma a concluir quais os pontos onde a família poderia estar mais desfavorecida e suscetível a riscos de saúde/desequilíbrio familiar. Por conseguinte, o item “profissão” obteve a pontuação de 5, dado tratar-se de um jovem que é servente de calceteiro. Consequentemente, a “fonte de principal de rendimento” também obteve a pontuação de 4, visto trabalhar ao dia, sem qualquer contrato ou vencimento fixo, sendo este a única fonte de rendimento da família. Após averiguação da situação, verificou-se a existência do apoio da família extensa – os pais e a sogra.

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. Efetivamente, através desta, é possível a prestação de cuidados antecipatórios que aumentem a capacitação da família ao desenvolver tarefas essenciais, preparando-a para a vivência das transições (Figueiredo, 2012).

Ao longo da avaliação e intervenção nas famílias, teve-se em consideração a etapa do seu ciclo vital, de modo a identificar e analisar a dinâmica familiar, as tarefas e vínculos existentes nesse período de transição, assim como os recursos internos e externos.

No MDAIF, adota-se a classificação dos estádios do Ciclo de Vida Familiar (CVF) proposta por Relvas (2004). Contudo, na prática clínica, recorre-se à classificação de Duvall (1977), uma vez que é a que se encontra parametrizada no SClinico. Esta classificação aplica-se apenas às famílias nucleares, desde a sua formação até ao nascimento do primeiro filho, não

abrangendo outros tipos de família, como as monoparentais, as alargadas ou as unitárias. Embora o nascimento de novos filhos implique reestruturações, é com o primeiro que ocorrem as principais transições. Além disso, as etapas do ciclo vital não são sempre lineares, podendo sobrepor-se e desenvolver-se em diferentes níveis. A passagem de uma fase para outra não significa que todas as tarefas da etapa anterior estejam concluídas. São definidos oito estádios baseados na composição familiar, idade dos membros, nomeadamente idade do filho mais velho (importante marcador de estádios aquando da existência de filhos) e situação ocupacional do chefe de família: (I) casal sem filhos; (II) filhos pequenos (0-3 anos); (III) filhos pré-escolares (3-6 anos); (IV) filhos em idade escolar (6-13 anos); (V) filhos adolescentes (13-21 anos); (VI) filhos adultos jovens saindo de casa; (VII) família de meia-idade (saída do último filho até à reforma); e (VIII) família idosa (da reforma à viuvez). Esta classificação permite identificar períodos de transição, antecipar possíveis dificuldades e evitar instabilidade familiar, facilitando a implementação de cuidados preventivos para preparar as famílias para transições que sejam previsíveis (Figueiredo, 2012; Rebelo, 2018).

Quanto à fase do ciclo vital segundo Duvall, das famílias nucleares avaliadas, uma encontra-se no estádio II – família com filhos pequenos; uma no estádio III – família com filhos em idade pré-escolar; seis no estádio IV – família com filhos em idade escolar, uma no estádio V – família com filhos adolescentes e por último, uma no estádio VII - família na meia idade.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, desenvolvida em 1994, destaca que todas as pessoas passam por processos de transição ao longo da vida, uma vez que são resultado de mudanças várias, onde a saúde, a par do relacionamento e do ambiente assumem grande relevo (Santos et al., 2015).

Ao longo do ciclo vital, as pessoas experimentam mudanças e transições. Estas ocorrem no estado de saúde do indivíduo, gerando um processo que pode realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos aos riscos acrescidos de doença, pelo que a transição constitui um fenómeno de interesse para os enfermeiros (Meleis, 2012).

Estes profissionais são os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias que, vivendo processos de transição, se apercebem das mudanças e exigências que as mesmas provocam nas suas vidas. Assim, os mesmos têm um papel privilegiado na preparação destes indivíduos e dos seus familiares para as transições iminentes, facilitando-lhes o processo de desenvolvimento de competências (Silva, 2019).

Desta forma, os cuidados de enfermagem devem ser voltados para maior sensibilização, consciencialização e humanização, quando se identificam no indivíduo/ família fatores que indiquem uma transição. Há então que apoiar e facilitar esse processo, promovendo uma transição saudável (Silva, 2019).

Meleis, na sua teoria, define quatro tipos de transições que se verificam na realidade diária: de saúde-doença (mudanças associadas a situação de doença); situacionais (mudanças nas situações familiares como a viuvez, a mudança de um idoso para um lar de idosos, um desalojamento, entre outros); organizacionais (indicam transições no seu ambiente); e transições de desenvolvimento (vivência de um período significativo no ciclo de vida – por exemplo, a passagem da fase adulta para a idosa) (Santos et al., 2015).

Relativamente às famílias avaliadas quanto ao tipo de transição, dezoito encontram-se na transição de desenvolvimento, em que duas têm filhos pequenos, três têm filhos em idade pré-escolar, nove com filhos em idade escolar, uma família com filhos adolescentes; duas estão em transição para a parentalidade. Acresce que uma destas famílias se encontra a vivenciar duas transições em simultâneo, pois têm filhos em idade escolar, mas também recém-nascidos. Por outro lado, uma família está na transição da saída de casa dos filhos jovens adultos. Por último, uma família encontra-se em transição do tipo situacional, vivenciando um processo de luto.

Admitindo a família como unidade potencial de sucesso, as crises são consideradas oportunidades de mudança, permitindo-lhe evoluir para um nível de funcionamento mais diferenciado e complexo. A gestão adequada de estratégias de solução de problemas possibilitará à família evoluir positivamente, criando as suas próprias estratégias de *coping* (Figueiredo, 2012).

Nesta conformidade, os enfermeiros EEESF devem ser os agentes facilitadores dos processos de transição, criando condições para que estas ocorram de forma saudável, tendo também em atenção as consequências que as mesmas provocam na vida das pessoas.

É fundamental referir que na família que se encontrava em transição do tipo situacional - a vivenciar um processo de luto - a mestranda promoveu um ambiente seguro, analisando a dinâmica familiar, procurando os seus pontos fortes. Assim, a viúva foi incentivada a aumentar os contactos com a irmã (único elemento que identificava como rede de apoio na família extensa) e por outro lado, encorajada a frequentar um Centro de Dia, que a utente desconhecia, tendo sido contactada a assistente social e feito o encaminhamento, como forma de apoiar e orientar, com vista à frequência do referido centro, com o objetivo de ajudar a lidar com essas emoções difíceis, procurando ultrapassar a delicadeza de tal situação complexa.

Assim, a mestranda aplicou conhecimentos de enfermagem e de outras áreas, como a sociologia de Duvall e a psicologia de Relvas, nas diferentes fases do ciclo vital familiar. Analisou o histórico familiar, as relações entre os seus membros (com destaque para a construção do ecomapa para determinadas famílias), o estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. Pode assim afirmar-se o desenvolvimento das

competências específicas do EEESF: “Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”, “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa” e “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”. e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF” (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018). Fica perfeitamente demonstrado que a dimensão funcional se refere essencialmente aos padrões de interação familiar que sustentam o desempenho das funções e tarefas familiares e aos valores que regem a concretização dos objetivos, através de processos evolutivos que garantem a continuidade familiar (Figueiredo, 2012).

Nesta dimensão, foram aplicados como instrumentos de avaliação a Escala de FACES II Adaptada, o APGAR familiar de Smilkstein e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe.

A primeira permite avaliar a coesão e adaptabilidade da família, bem como o tipo de família resultante do género de coesão e adaptabilidade demonstrados. A escala consiste num questionário de trinta questões fechadas, sendo as respostas dos membros da família avaliadas em *scores* de acordo com os cálculos efetuados (Figueiredo, 2012).

Por conseguinte, relativamente à coesão familiar, verificaram-se duas famílias desmembradas, quatro separadas, oito ligadas e seis famílias muito ligadas. Quanto à adaptabilidade, duas famílias rígidas, quatro estruturadas, oito flexíveis e seis muito ligadas. Relativamente ao tipo de família, ficaram patentes duas famílias do tipo Extrema, quatro do tipo Intermédia e oito moderadamente equilibradas, além de seis famílias equilibradas.

O APGAR familiar de Smilkstein é um instrumento que avalia a perceção dos membros relativamente à funcionalidade da família, devendo ser aplicada a cada um dos membros do agregado familiar (Figueiredo, 2012).

Durante as interações realizadas junto das famílias, foi possível a aplicação desta escala, mas não a todos os membros. Nos familiares aos quais foi aplicada, na grande maioria obteve-se a mesma avaliação final, sendo que quase todas as famílias se perceberam como altamente funcionais, destoando apenas dois utentes que tinham uma perceção diferente: um percebeu a família com moderada disfunção e outro com disfunção acentuada.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é integrada no processo familiar e possibilita a identificação de acontecimentos familiares geradores de stress, permitindo encontrar uma relação entre os níveis do mesmo e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas (Figueiredo, 2012).

Das famílias caracterizadas, apenas quatro apresentam um valor entre 150-200. Todas as outras após a aplicação da escala, apresentam valores <150, pelo que é menor a probabilidade de incidência de doenças.

A aplicação destes instrumentos às famílias abordadas permitiu não só determinar e compreender os resultados apresentados, como também partilhar momentos chave para fomentar uma parceria de cuidados. Esta relação de proximidade indutora de momentos reflexivos teve um claro contributo para a diferenciação dos cuidados especializados na área da saúde familiar. Assim, e embora tenha sido fundamental a utilização destes instrumentos no período de estágio, as interações contínuas são sem dúvida determinantes para a real perceção das estruturas e dinâmicas familiares das famílias, alicerçando-se pela empatia na coconstrução de uma aliança de cuidados.

Face ao exposto, pode afirmar-se que o processo de caracterização elencado neste capítulo proporcionou muitos ganhos em saúde. Efetivamente, o facto de a enfermeira cooperante ter ficado com uma parte das famílias da sua lista caracterizadas a vários níveis, conseguindo definir prioridades e identificar vulnerabilidades, permitiu uma intervenção precoce. Considera-se também muito relevante para a visibilidade da ESF, os registos terem sido efetuados no programa Saúde da Família (que não estava realizado), sendo que estes podem sempre ser alterados e atualizados, aquando dos vários contactos, dando o mote para o seguimento deste trabalho com as famílias. Elas próprias revelaram algum espanto acerca da variedade de assuntos que são da alçada da ESF, mostrando-se interessadas e disponíveis, aumentando também desta forma o reconhecimento do EEESF na população em geral.

Ao longo de toda a prática clínica, a mestranda considera ter procurado realizar uma autorreflexão, com o intuito de reconhecer as limitações pessoais, de forma a perceber como as mesmas podem afetar a relação com o utente/família e a prestação de cuidados aos mesmos. Como decorrência lógica, procurou encontrar estratégias para que as mesmas fossem ultrapassadas.

Ao longo da UC, a pesquisa e as diversas intervenções realizadas foram discutidas com a Enfermeira Orientadora Cooperante, evidenciando a procura de orientação, com o objetivo de aperfeiçoar a prática de ESF. Os cuidados de saúde familiar foram prestados de acordo com os padrões estabelecidos, seguindo o Processo de Enfermagem, o que incluiu a colheita de informações relevantes, a identificação de necessidades, a definição de diagnósticos, a prescrição de intervenções e a avaliação dos resultados obtidos, tendo sido desenvolvida a Competência Específica do EEESF: “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”.

A motivação para realizar pesquisa bibliográfica foi uma constante durante a prática clínica, explorando conceitos, teorias e práticas, e reconhecendo que essas aprendizagens contribuíram para um progresso positivo, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Os conhecimentos adquiridos e a adoção de uma postura de disponibilidade durante as consultas facilitaram a aproximação aos indivíduos, seus subsistemas e famílias, possibilitando uma compreensão mais aprofundada das suas realidades, bem como das suas características estruturais, desenvolvimentais e funcionais. Assim, consideram-se alcançadas as Competências Específicas do EEESF: “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” e “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de ESF” (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

2.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel de liderança e colaboração ativa no âmbito da enfermagem de saúde familiar, gere, coordena e mobiliza os recursos necessários aos cuidados à família. Paralelamente, trabalha em conjunto com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados e promove a articulação interdisciplinar entre as equipas, assegurando assim a continuidade dos cuidados de saúde à família nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

Durante a prática clínica, a mestranda esteve sempre disponível para colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao utente/ família, contribuindo para a tomada de decisões em equipa. Os enfermeiros em unidades funcionais podem realizar referenciações externas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assim como internas no ACeS, para a URAP, UCC ou Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Assim, realça-se uma situação em que uma das famílias estudadas se encontrava numa transição do tipo situacional, a vivenciar um processo de luto, pelo que se impôs o objetivo de agilizar a inscrição no Centro de Dia e proporcionar apoio psicológico à utente (viúva). Procedeu-se então à referenciação interna da utente para a URAP, mais especificamente para assistente social e psicólogo.

Conforme mencionado, através do encaminhamento e referenciação dos utentes e/ ou famílias, cumpriu-se a Competência Específica do EEESF “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”, ao promover a colaboração interdisciplinar e a continuidade dos cuidados de saúde à família, sempre com o consentimento desta. Assim, os recursos necessários foram articulados e

mobilizados, identificando as situações que devem ser referenciadas para outros profissionais de saúde, gerindo assim a prestação de cuidados e otimizando a liderança e gestão da equipa, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

O registo da avaliação e intervenção familiar nos Sistemas de Informação em Enfermagem, conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, são um importante contributo na tomada de decisões, na geração automática de indicadores de processo, resultado e qualidade, no desenvolvimento de pesquisas, na monitorização da qualidade e na prática baseada na evidência. Além disso, tal registo permite a comparação de resultados a nível local, regional e nacional, influenciando decisões sobre políticas de saúde (OE, 2007).

Ao longo do estudo de ficheiro e nas avaliações/ intervenções familiares, a mestranda associou a cada família o programa de Saúde da Família e efetuou registo no processo familiar nas diversas consultas à família durante à prática clínica. Foi construído um ficheiro Excel, no qual foram introduzidos todos os dados de caracterização das famílias, o qual poderá ser atualizado pela enfermeira cooperante. Esse modelo abrange várias áreas distintas que ajudam a ampliar o conhecimento sobre as famílias, especialmente em relação às suas potenciais vulnerabilidades, facilitando a sua identificação e intervenção precoce.

Contudo, os Sistemas de Informação (SI) e a avaliação do desempenho das USF's focam-se no indivíduo e nos resultados obtidos, enquanto os registos relativos à família valorizam os atos, não os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Um exemplo é a consulta à família em transição para a parentalidade, que requer registos duplicados ou triplicados no processo da puérpera e do recém-nascido para contabilização dos indicadores e consequentemente do IDE e IDG da unidade, o que dificulta a implementação de registos no processo familiar. Apesar dos benefícios dos SI para a enfermagem, é crucial que estes sejam usados para fornecer dados relevantes à Enfermagem de Saúde Familiar, auxiliando na definição dos seus indicadores de saúde.

Em suma, ao longo da prática clínica, a mestranda teve inúmeras experiências de interação com famílias em diferentes fases do ciclo vital, nas quais pôde intervir de modo a facilitar os seus processos de transição. Esta experiência permitiu reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe conferem uma organização estrutural própria. Para isso, foi necessário trabalhar em parceria com a família, de forma a perceber quais as suas necessidades, para prestar cuidados adequados aos diferentes níveis de prevenção em saúde.

De realçar, como elemento facilitador e relevante, a utilização da matriz operativa do MDAIF, quer na aplicação do processo de enfermagem às famílias, quer no desenvolvimento das competências acima mencionadas.

Desta forma, considerando o exposto, foram geridos, articulados e mobilizados os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, conforme a unidade de Competência Específica do EEESF: “*Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção*”, projetando a obtenção contínua de ganhos na saúde familiar (Regulamento n.428/2018 de 16 de julho, 2018).

2.3. OUTRAS ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ATIVIDADE CLÍNICA

2.3.1. Dia internacional da família

O Dia Internacional da Família é celebrado a 15 de maio, para relembrar a importância deste núcleo basilar, ao mesmo tempo que serve como momento para formulação de políticas que possam beneficiá-lo.

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 (ONU, 2023).

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 (ONU, 2023). O lema do Dia Internacional da Família deste ano é “Tendências Demográficas e Famílias”, tendo como meta a promoção de um futuro com urbanização sustentável e gestão das mudanças climáticas na população e seus impactos na vida e no bem-estar familiar em todo o mundo (ONU, 2023).

Assim, no intuito de assinalar este dia, bem como o dia do enfermeiro – 12 de maio - a mestrandia elaborou um folheto para fornecer aos utentes da USF, com o objetivo de dar a conhecer à população a celebração deste dia, a definição do conceito de família, os seus enfermeiros de família e o papel que desempenham nos cuidados de saúde aos indivíduos e às famílias, de forma a elucidá-las que o enfermeiro de família estará sempre disponível para qualquer necessidade de saúde, enaltecendo assim a ESF (Apêndice I).

CAPÍTULO II – ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A segunda parte deste relatório de estágio abrange a componente de investigação. Este capítulo inclui a justificação e o enquadramento do problema, a descrição dos procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo e, por fim, a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos sobre a coesão e flexibilidade de famílias com crianças em idade escolar.

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O enquadramento do problema é uma etapa crucial na pesquisa, pois envolve a definição clara do tema ou domínio de investigação. Fortin (2009) destaca que a conceptualização é um processo que permite ao investigador organizar as suas ideias e documentá-las de forma a obter uma compreensão mais clara do objeto de estudo. No contexto das necessidades de saúde nas famílias com crianças em idade escolar, a identificação de lacunas na atividade diagnóstica de enfermagem registada no SClínico, especialmente em relação à dimensão funcional, nas dimensões operativas do Processo Familiar, serve como um ponto de partida para a investigação. Essa problemática reflete uma preocupação quanto à qualidade e eficiência dos cuidados prestados, demanda uma análise mais aprofundada para que se possa compreender melhor o fenómeno observado e, assim, contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem e do atendimento às famílias. Portanto, o enquadramento do problema não orienta apenas a pesquisa, mas também fundamenta a relevância e a necessidade de se investigarem as questões emergentes no contexto da saúde familiar.

1.1. FAMÍLIA E CICLO VITAL DA FAMÍLIA

A família representa um dos pilares da sociedade e é o contexto primário e privilegiado de socialização, permitindo aos indivíduos influenciar-se mutuamente entre as diferentes gerações. É um sistema em permanente transformação, ajustando-se ao ambiente em que se encontra e impactando a sua estrutura, relações e funções. Conforme estabelece contacto com diferentes sistemas, adapta as suas responsabilidades e atividades (nível funcional), o que, conseqüentemente, modifica as interações entre os seus membros (nível interacional). Além disso, alterações na constituição da família ou nas funções desempenhadas por cada elemento repercutem-se na sua organização estrutural (nível estrutural) (Relvas, 2004).

Assim, a estrutura familiar representa a teia invisível que organiza o modo como os subsistemas familiares e os seus membros interagem entre si. O papel dos pais não é unicamente o de promotores do desenvolvimento dos filhos, mas o de sujeitos que estão num

processo de desenvolvimento constante, onde adquirem (e transmitem) diversas aprendizagens ao longo do ciclo de vida familiar (Barroso & Machado, 2010; Hidalgo et al., 2004).

O modelo teórico do ciclo vital distingue várias fases de desenvolvimento, cada uma com os seus desafios e reestruturações. Este modelo teórico explica a evolução familiar, destacando desafios e reorganizações que afetam tanto o grupo como cada membro individualmente. Além disso, permite compreender a fase em que a família se encontra e as mudanças ocorridas nas transições entre etapas (Dias, 2011; Bello & Marra, 2020).

As pesquisas sobre família e transições ao longo do ciclo vital têm sido frequentes desde o século XX, mantendo-se atuais. Estudos longitudinais indicam que a família atravessa fases de instabilidade, seguidas por momentos de adaptação e superação de problemas. Esse processo interfere com os papéis desempenhados por cada membro (pai, mãe, filhos, irmãos) e com a forma como lidam com acontecimentos marcantes, como o nascimento de um filho, separações ou perdas (Andolfi, 2019, cit. por Bello & Marra, 2020).

Por sua vez, outros estudos referem que a qualidade da vivência das transições desenvolvimentais influencia a conjugalidade, a parentalidade e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. Escola e família são contextos essenciais para a aprendizagem, e a interação entre eles pode trazer desafios ou benefícios, sendo a influência familiar determinante no desenvolvimento infantil e na adaptação dos pais ao longo do ciclo de vida familiar (Mosmann et al., 2018).

Todas as etapas do ciclo vital implicam uma reorganização familiar, causando impacto no sistema familiar nos momentos de crise. À medida que a família progride ao longo do seu ciclo de vida, enfrenta diversos desafios. Nesse contexto, a coesão do casal, a flexibilidade e o apoio mútuo podem influenciar positiva ou negativamente a transição para a fase escolar. Este momento exige novas adaptações, uma vez que introduz as tarefas escolares e aumenta a responsabilidade tanto da criança como dos pais na sua relação com a escola (Melo & Alarcão, 2014).

Relvas (2006) define a etapa família com filhos na escola, como a entrada dos filhos para a escola, representando uma crise de desmembramento para a família.

Nem todas as famílias estão preparadas para lidar com esta nova fase, especialmente com a separação imposta, o que pode influenciar a adaptação da criança à sua nova etapa. O início da vida escolar traz incertezas e mudanças para a família, podendo desafiar os seus valores. No entanto, esta transição faz parte do ciclo natural de desenvolvimento familiar. Quando há afeto, reciprocidade e equilíbrio nas relações, essa experiência torna-se mais serena tanto para a criança, quanto para os pais. Ciente dessas dificuldades, a escola adota estratégias

para facilitar o processo, ajudando ambas as partes a enfrentar a separação de forma mais tranquila. Com o tempo, a criança ganha mais segurança, transmitindo maior confiança aos pais e contribuindo para um ambiente familiar mais harmonioso (Guisso, 2016).

Famílias equilibradas, com boa comunicação, rotinas e afeto, lidam melhor com a transição escolar. Já a instabilidade pode dificultar a adaptação dos filhos e influenciar o seu comportamento na escola (Guisso, 2016).

Atualmente, diversos estudos têm evidenciado uma ligação entre a qualidade da relação conjugal e parental e o desenvolvimento saudável da criança. Tais características podem também influenciar outros subsistemas familiares de forma positiva ou negativa. Compreendê-las é essencial para ajudar profissionais a apoiar famílias na transição para a escolaridade obrigatória. Além disso, são necessários mais estudos para entender o impacto dos filhos na conjugalidade dos pais e aprofundar o conhecimento nesta área (Mosmann, et al., 2018; Hameister et al., 2015).

Assim, considerando a fase delicada vivenciada nesta transição e dada a existência de diversas famílias com crianças em idade escolar, no fichero da enfermeira cooperante, emergiu a preocupação de desenvolver um estudo que caracterizasse a coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive, e ao mesmo tempo, analisasse a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar. Assim, compreendendo o funcionamento familiar nesta transição, será possível identificar necessidades, planear intervenções e prever cuidados antecipatórios, tornando a família mais capacitada para futuras transições.

1.2. MODELO CIRCUMPLEXO DO SISTEMA CONJUGAL E FAMILIAR

A preocupação com a diversidade do funcionamento da família, sustentada na ideia de privatização dos comportamentos familiares, abriu caminho, desde os anos 60, ao desenvolvimento de várias abordagens que se centraram no estudo da dinâmica interna da família (Aboim, S., & Wall, K., 2002).

Ao considerarmos o contexto familiar como um espaço único para o indivíduo torna-se muito relevante analisar o funcionamento da família, de forma a perceber como se estruturam os processos familiares (Alarcão, 2002).

Entre os vários modelos de funcionamento familiar existentes, o modelo de Olson destaca-se como um dos mais utilizados na análise das relações familiares (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda & Candeias, 2020).

Neste sentido, o presente estudo terá por base o modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson, que se foca no sistema familiar e integra três dimensões essenciais (flexibilidade, coesão e comunicação), tendo como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV).

Olson e colaboradores, em 1979, desenvolveram um modelo explicativo do funcionamento da família – o Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares – que permanece válido e útil até aos dias de hoje, sendo um dos modelos mais utilizados para análise e diagnóstico relacional familiar. Efetivamente, constitui a base teórica da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (Olson, & Gorral, 2003).

De acordo com Olson (2000), o Modelo Circumplexo de sistemas conjugais e familiares foi construído com o objetivo de preencher a lacuna existente entre a pesquisa, a teoria e a prática, no que diz respeito ao funcionamento das famílias. Ainda segundo o mesmo autor, o funcionamento familiar é uma vertente essencial de qualquer família, alterando-se ao longo das etapas do ciclo vital e dos eventos que vão surgindo, podendo ser crítico em determinadas etapas e perante determinadas situações, implicando uma análise contextual da família.

Minuchin, Rosman e Baker (1978; cit. por Cruz, 2021) caracterizam o funcionamento familiar como a capacidade que a família tem de unir esforços e se adaptar às situações de maior *stress*.

No Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson, a coesão e a flexibilidade são os pilares fundamentais deste modelo, sendo a comunicação considerada como um elemento facilitador entre os dois. (Olson & Gorall, 2006).

De referir que as três dimensões do Modelo Circumplexo emergiram de um conjunto de mais de cinquenta conceitos referentes à dinâmica conjugal e familiar (Olson, 2000).

A coesão familiar é definida como a ligação emocional entre os membros da família, que é avaliada pelo Modelo Circumplexo através de variáveis como as ligações emocionais, os limites, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o tempo livre. Esta dimensão também está relacionada com a capacidade da família para lidar com momentos de aproximação e separação. Neste sentido, o modelo circumplexo postula que a dimensão da coesão familiar apresenta quatro níveis distintos: desmembrada (coesão extremamente baixa); separada (coesão baixa a moderada); ligada (coesão moderada a alta) e emaranhada (coesão extremamente alta). Assim, os níveis extremos - desmembrada e emaranhada - são considerados níveis desequilibrados e potencialmente problemáticos para o funcionamento familiar, verificando-se que nas famílias emaranhadas existe demasiado consenso e pouca independência na família. Por outro lado, nas famílias desmembradas,

existe demasiada independência e autonomia em relação aos restantes membros (Olson, 2000).

Contrariamente, os níveis centrais - separada e ligada - considerados níveis equilibrados, representam um equilíbrio saudável entre os dois extremos na dimensão coesão, comuns em famílias onde existe uma maior funcionalidade familiar entre os seus membros ao longo do ciclo vital, lidando bem com a dinâmica de aproximação e separação, podendo os indivíduos oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar (Olson, 2000).

Relativamente à definição de flexibilidade familiar, segundo Olson e Gorall (2006) trata-se da capacidade do sistema familiar se reorganizar, de alterar a sua estrutura de poder, regras e o papel das relações, como resposta a situações de *stress* situacional ou de desenvolvimento.

Os seus conceitos chave são a liderança, os estilos de negociação, disciplina, funções e regras. O conceito de flexibilidade familiar avalia de que modo o sistema família se equilibra perante a mudança (Olson & Gorall, 2003).

Tal como na dimensão coesão, o autor identificou também quatro níveis na flexibilidade familiar: rígida (extremamente baixo); estruturada (baixo a moderado); flexível (moderado a alto) e caótica (extremamente alto). Os níveis mais extremos da flexibilidade (rígida e caótica), encontram-se nas extremidades, sendo considerados desequilibrados, o que amplifica o risco de disfunção familiar. Por sua vez, os níveis mais intermédios (estruturada e flexível) são considerados níveis equilibrados (Olson, 2000).

No caso dos níveis mais extremos, nas famílias consideradas rígidas, um dos membros controla a dinâmica familiar, impondo rigidez de papéis e inflexibilidade nas regras. Por outro lado, nas famílias consideradas caóticas, os papéis não se encontram bem definidos e podem ocorrer frequentemente trocas de papéis entre os seus membros (Olson, 2000).

Nos níveis considerados mais funcionais (estruturada e flexível), existe um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, verificando-se uma tendência para a família ser mais equilibrada ao longo do tempo. São traços comuns em famílias saudáveis. Uma família considerada estruturada exprime uma liderança democrática que evidencia adaptação aos papéis e às regras familiares sempre que necessário, incluindo a participação das crianças. De facto, uma família flexível denota uma liderança igualitária e democrática, incluindo ativamente as crianças, cujas regras e papéis são partilhados e adequados às idades dos menores (Olson, 2000).

O que distingue umas famílias das outras é a capacidade de promover a mudança, quando necessário (Olson & Gorall, 2003).

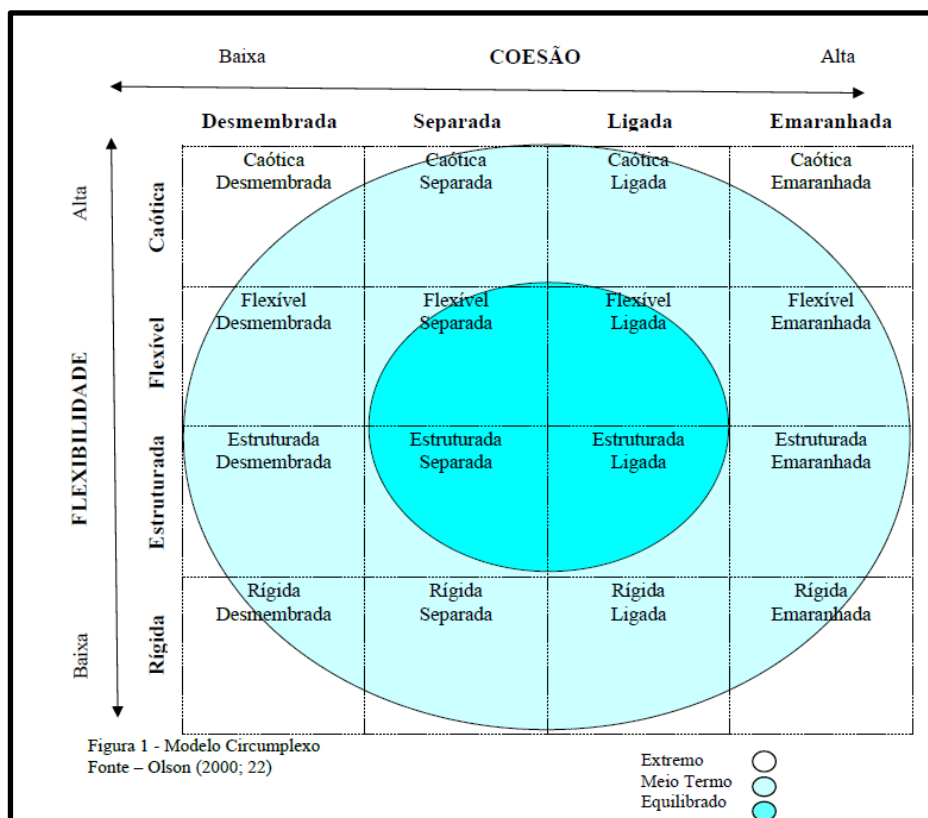
Assim, podemos afirmar que as famílias equilibradas ao nível das dimensões da coesão e flexibilidade familiar funcionam de forma mais satisfatória do que as que apresentam comportamentos extremos numa das duas dimensões. Estas últimas são caracterizadas por uma elevada dependência ou separação entre os seus membros e por rigidez na aplicação de regras ou de disciplina em resposta a novas situações (Rodrigo et al., 2008).

De acordo com o modelo circunflexo, os diferentes níveis familiares de cada dimensão (coesão e flexibilidade) permitem igualmente categorizar as famílias em dezasseis tipos específicos, que por sua vez podem ser agrupados e classificados em quatro tipos gerais: equilibradas (muito ligadas e flexíveis, ou funcionais); moderadamente equilibradas; meio-termo e extremas (pouco ligadas e rígidas, ou disfuncionais) (Olson, 2000).

Na figura 3, encontram-se representados os diferentes tipos de famílias, de acordo com a combinação dos níveis de coesão familiar e dos níveis de flexibilidade familiar.

Figura 3

Modelo Circunflexo



Fonte: Olson (2000)

Por último, a comunicação familiar é considerada a terceira dimensão do modelo circumplexo. É facilitadora do funcionamento familiar, pois ajuda as famílias a ajustarem os seus níveis de coesão e de flexibilidade. Esta dimensão não se encontra incluída nos gráficos do Modelo Circumplexo juntamente com a coesão e com a flexibilidade, uma vez que os seus principais conceitos são as capacidades de escuta (escuta atenta e empática), de diálogo (falar por si próprio e não pelos outros), a autorrevelação (partilhar sentimentos sobre si mesmo e sobre a relação), dar seguimento (permanecer no tema), a clareza, o respeito e a consideração (aspectos afetivos da comunicação) (Olson, 2000).

As teorias sistémicas da família foram um importante contributo no reforço da importância da comunicação, visto que a noção de sistema implica a troca de informação entre os seus membros (Amaro, 2014). Segundo Figueiredo (2012), a importância da comunicação no funcionamento familiar prende-se com o facto de esta ser determinante para a complexidade das relações entre os membros da família, permitindo a reestruturação de regras e normas ao longo do ciclo vital da família. O padrão comunicacional existente na família é fundamental, uma vez que constitui a base das interações desse núcleo tão importante.

As famílias consideradas equilibradas terão uma comunicação mais positiva, quando comparadas com famílias desequilibradas. Geralmente, a capacidade de comunicação é vista como positiva no seio da relação, ajudando e facilitando os sistemas familiares a manter o equilíbrio nas dimensões coesão e flexibilidade (Olson, 2000).

O Modelo Circumplexo assenta no pressuposto de que níveis de coesão e flexibilidade equilibrados conduzem a funcionamentos familiares mais saudáveis, enquanto que níveis de coesão e flexibilidade desequilibrados encontram-se associados a funcionamentos familiares problemáticos. Assim, as famílias mais coesas são também as mais flexíveis e funcionam como contextos de desenvolvimento mais estimulantes para as crianças (Olson e Gorall, 2006).

Para além de ter sido um grande contributo na compreensão das famílias e do seu funcionamento, o Modelo Circumplexo deu origem à *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES), instrumento amplamente utilizado na avaliação familiar, que se destina a avaliar a coesão familiar, a flexibilidade e a comunicação.

Assim, o presente estudo terá por base o modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson, que se foca no sistema familiar e integra três dimensões essenciais (flexibilidade, coesão e comunicação familiar), tendo como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES) IV.

2. METODOLOGIA

Antes de se dar início a uma investigação, é necessário definir e delimitar a metodologia a seguir, de forma a conseguir alcançar os objetivos propostos. De acordo com Vilelas (2022), a investigação científica é a atividade que possibilita a produção de conhecimento científico de forma objetiva, clara, sistemática, organizada e passível de verificação.

Fortin (2009), atribui grande importância à fase metodológica, por permitir definir os meios para realizar a investigação pretendida, determinando os passos a seguir para obter as respostas às questões e objetivos delineados.

Assim, a componente metodológica do trabalho de investigação cuja temática é “Coesão e Flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar” é constituída por: o desenho do estudo; a população e amostra; os objetivos; variáveis e a sua operacionalização; o instrumento de colheita de dados; procedimentos éticos e legais e os procedimentos de análise e tratamento de dados.

2.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal.

O método quantitativo sustenta que as opiniões e informações podem ser convertidas em dados numéricos, permitindo a sua subsequente classificação e análise (Vilelas, 2017).

Os estudos descritivos têm como objetivo conhecer e compreender determinado fenómeno, o que implica identificar as características de uma população ou amostra. Neste sentido, o estudo desenvolvido visa analisar as perceções e considerações dos sujeitos relativamente ao objeto em investigação (Fortin, 2009; Vilelas, 2017)

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Definir a população a estudar representa o primeiro passo do processo de amostragem. Esta define-se como a população alvo, que é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Uma amostra é uma fração da população sobre a qual recai o estudo (Fortin, 2009). Vilelas (2022) refere que a mesma deve ser representativa da população, refletindo as suas características.

Neste estudo, definiu-se como população alvo as famílias com filhos em idade escolar (idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive), inscritos no ficheiro da equipa nuclear da enfermeira cooperante da USF. Assim, como população alvo tínhamos um total de 61 famílias

e obtivemos uma amostra composta por 49, ou seja, 80,33% da população alvo. A amostragem foi do tipo não probabilístico, obtida por conveniência.

Como critérios de inclusão definiu-se: famílias com filho(a) com idade entre os 6 e 10 anos, inclusive - idade escolar; que aceitem fazer parte do estudo, e, como critérios de exclusão: famílias que não aceitem participar no estudo; famílias com filhos(as) com idade inferior a 6 anos ou superior a 10 anos.

2.3. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

Caraterizar a coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar;

Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade de famílias com filhos em idade escolar.

2.4. VARIÁVEIS

As variáveis, tal como o nome indica, são algo que muda, podendo ser definidas como características que são estudadas numa investigação (Vilelas, 2022).

Estas constituem as unidades base de investigação e podem ser classificadas como independentes, dependentes de investigação, atributos e estranhas, de acordo com o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009). De acordo com a mesma autora, as variáveis independentes são os elementos manipulados nos estudos experimentais numa investigação com vista a medir o efeito na variável dependente. Consideraram-se as seguintes variáveis independentes:

- *Idade dos Progenitores* - Esta questão foi operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de anos completos do progenitor (pai/mãe) na data da aplicação do instrumento de recolha de dados.

- *Nível de Escolaridade (pai/mãe)* – Operacionalização através de uma questão de resposta fechada com as seguintes opções: *Ensino Básico, Ensino secundário e Ensino Superior*

- *Estado civil* – Operacionalização efetuada através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: *Casado(a)/União de facto; Solteiro(a); Viúvo(a) e Divorciado(a)/Separado(a)*.

- *Tipo de família* - Esta foi operacionalizada neste estudo através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: *Nuclear; Reconstruída; Alargada e Monoparental*.

- *Número de pessoas que constituem o agregado familiar* – Esta questão foi operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de pessoas que constituem o agregado familiar à data da aplicação do instrumento de recolha de dados.

- *Número de filhos* - Esta questão foi operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de filhos do progenitor à data da aplicação do instrumento de recolha de dados.

- *Rendimento Mensal do agregado familiar* - Esta foi operacionalizada através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: *Até 750€; Entre 750€ e 1000€; entre 1000€ e 2000€; Entre 2000€ e 3000€; Entre 3000€ e 4000€ e mais do que 4000€.*

- *Idade da criança* - Esta questão foi operacionalizada através de uma questão aberta, na qual foi colocado o número de anos completos da criança com idade escolar na data da aplicação do instrumento de recolha de dados.

- *Sexo da criança* - A sua operacionalização foi efetuada com recurso a uma questão dicotómica, na qual existiam as possibilidades de resposta “masculino” e “feminino”.

- *Posição na Fratria* - Esta foi operacionalizada neste estudo através de uma questão de resposta fechada com os seguintes indicadores: *1.ºFilho; 2.ºFilho; 3.ºFilho; 4.ªFilho e 5.ºFilho.*

Relativamente à variável dependente, esta foi operacionalizada através da avaliação do funcionamento familiar da família com filhos em idade escolar, com recurso à escala FACES IV (Olson, 2011).

2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta os objetivos da investigação e a revisão de literatura, neste estudo, optou-se pela aplicação de um questionário a cada uma das famílias que constituem a amostra e que é composto por duas partes (Anexo 1).

A primeira destinou-se a recolher os dados sociodemográficos da família e da criança (com idade entre os 6-10 anos, inclusive), de forma a caracterizar a amostra. De referir que nas famílias que tinham mais do que um filho em idade escolar, e tendo por base a classificação da família segundo Duvall, foi dada a indicação que deveriam caracterizar a criança mais velha das elegíveis.

A segunda parte avaliou o funcionamento familiar da família com filhos em idade escolar. A avaliação do funcionamento familiar foi efetuada com recurso à escala FACES IV – última versão.

A *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (FACES IV) é uma escala de autorrelato destinada a avaliar o funcionamento familiar. A versão atual foi desenvolvida por Gorall, Tiesel e Olson (2004) e, posteriormente, traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira, Cerveira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe e Vicente (2015). É uma escala de autoavaliação a completar por um ou mais elementos da família, com idade superior a 12 anos. À semelhança das restantes versões da FACES é o instrumento de avaliação utilizado no Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson, que tem como foco a família enquanto sistema, e avalia os padrões existentes nas relações familiares, através dos níveis de coesão e de flexibilidade que caracterizam a família (Gouveia-Pereira et al., 2020).

As versões anteriores da FACES eram compostas por duas escalas, sendo uma relativa à coesão e outra à adaptabilidade e podendo a família ser classificada como funcional, disfuncional ou moderada. Segundo Olson (2011), estas versões apresentavam limitações pois os extremos de cada subescala não eram avaliados, considerando os autores que estes valores apresentavam uma relação linear com a avaliação do funcionamento familiar saudável ou problemático. Deste modo, a versão atual da FACES possuía dois objetivos específicos: criar pontuações separadas que diferenciasses os extremos das dimensões de coesão e flexibilidade; avaliar o grau de equilíbrio ou desequilíbrio de cada família no que diz respeito à coesão e flexibilidade.

O primeiro objetivo, que consistia na criação de pontuações separadas que diferenciasses os extremos das dimensões de coesão e flexibilidade, após vários estudos, foi cumprido, mostrando na análise fatorial da versão atual FACES IV a presença de seis subescalas, cada uma das quais compostas por sete itens. Duas escalas equilibradas, uma relativa à coesão e outra à flexibilidade, bastante semelhantes às das escalas usadas na FACES II e III e quatro escalas desequilibradas - desmembrada e emaranhada, no que concerne à coesão, e caótica e rígida, no que concerne à flexibilidade. Compreende ainda uma subescala que avalia o nível de comunicação e uma outra que avalia o nível de satisfação na família (Olson, 2011).

A escala é constituída por sessenta e duas questões fechadas, subdividindo-se na subescala sobre coesão equilibrada que é constituída pelas questões 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; na subescala “flexibilidade equilibrada” que inclui as questões 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; na subescala “desmembrada “ de que fazem parte as questões 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; na subescala “emaranhada, que compreende as questões 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; na subescala “rígida”, que contém as questões 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; e, por último, na subescala “caótica” que abrange as questões 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42. No que diz respeito às subescalas da comunicação e da satisfação, incluem dez questões cada uma,

correspondendo as questões 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 e 52 à comunicação e as questões 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61 e 62 à satisfação.

Relativamente à cotação das diferentes subescalas, a pontuação é atribuída através de uma escala tipo *Likert*. Da questão um até à cinquenta e dois, as possibilidades de resposta são: 1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo e 5 -concordo totalmente. Da questão cinquenta e três até à sessenta e dois, as possibilidades de resposta são: 1 - muito insatisfeito, 2 - algo insatisfeito, 3 -geralmente satisfeito, 4 - muito satisfeito e 5 totalmente satisfeito. A cotação da escala, é feita com o apoio de uma grelha, conforme se pode verificar na figura 4, sendo que as letras A, B, C, D, E, F correspondem, respetivamente, às subescalas “coesão equilibrada”, “flexibilidade equilibrada”, “desmembrada”, “emaranhada”, “rígida” e “caótica”. Nesta grelha, é apresentado também o somatório da pontuação referente às subescalas da comunicação e da satisfação. De referir que o valor bruto obtido pelo somatório das respostas pode variar entre sessenta e dois e trezentos e dez pontos, apresentando as subescalas equilibradas e desequilibradas cotações entre sete e trinta e cinco e as subescalas da comunicação e satisfação cotações entre dez e cinquenta (Olson, 2011).

Figura 4

Grelha de cotação da FACES IV

Grelha de Cotação da FACES IV							Colocar o valor de cada resposta no número correspondente. Somar na vertical para obter o valor de A, B, C, D, E, F (subescalas da FACES IV). Somar todos os valores das escalas comunicação e satisfação. Somatório de valores da P1. a P.52: 1. Discordo fortemente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo fortemente Somatório de valores da P. 53 a P. 62: 1. Muito descontente; 2. Um tanto descontente; 3. Geralmente satisfeito; 4.Muito satisfeito; 5. Extremamente satisfeito
Coesão e Flexibilidade	1.	2.	3.	4.	5.	6.	
	7.	8.	9.	10.	11.	12.	
	13.	14.	15.	16.	17.	18.	
	19.	20.	21.	22.	23.	24.	
	25.	26.	27.	28.	29.	30.	
	31.	32.	33.	34.	35.	36.	
	37.	38.	39.	40.	41.	42.	
Total	A ____	B ____	C ____	D ____	E ____	F ____	
Comunicação	43.	44.	45.	46.	47.	48.	
	49.	50.	51.	52.			
Satisfação	53.	54.	55.	56.	57.	58.	
	59.	60.	61.	62.			

Fonte: Videira (2013)

Olson (2011) refere que pontuações elevadas nas subescalas equilibradas (coesão equilibrada e flexibilidade equilibrada) são consideradas indicadores de um funcionamento familiar saudável na respetiva dimensão, enquanto as pontuações baixas são indicadoras de

um funcionamento problemático. No que concerne às subescalas desequilibradas (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica) verifica-se o inverso, sendo as pontuações elevadas indicadoras de disfuncionalidade, e as pontuações baixas indicadoras de um funcionamento normal.

Segundo Olson & Gorall (2006), o desenvolvimento de seis tipos de famílias através das pontuações obtidas em cada subescala variam do mais saudável ao mais problemático e são descritas pelos autores como:

- *Equilibradas (Balanced)*: Caracterizadas por pontuações elevadas nas subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e pontuações baixas nas subescalas desequilibradas (emaranhada, desmembrada, caótica e rígida). Esta combinação indica uma tipologia familiar com altos níveis de funcionalidade e baixos níveis de disfuncionalidade. Desta forma, este tipo de famílias irá, à partida, lidar bem com o *stress* e com as mudanças ao longo do ciclo vital, sendo improvável que necessite de terapia.

- *Rigidamente coesas (Rigidly Cohesive)*: Caracterizadas por pontuações altas na subescala Rígida e da Coesão. Apresentam pontuações moderadas na subescala Emaranhada e baixas pontuações nas subescalas Desmembrada e Caótica. Esta tipologia familiar apresenta um grau elevado de aproximação emocional e rigidez. Sendo assim, são famílias que funcionam bem, na maioria do tempo, devido ao seu grau de proximidade entre os seus membros. Contudo, podem apresentar dificuldades em promover mudanças necessárias ao seu desenvolvimento, devido a alguma rigidez.

- *Médias (Midrange)*: Caracterizam-se por pontuações moderadas em todas as subescalas à exceção da subescala rígida, cujos valores podem surgir muito elevados ou muito baixos. São famílias com um funcionamento adequado, que não apresentam um nível elevado de fatores de risco resultantes de pontuações altas nas subescalas desequilibradas. Contudo, também não apresentam grandes fatores de proteção resultantes de pontuações médias nas subescalas equilibradas.

- *Flexivelmente desequilibradas (Flexibly Unbalanced)*: Considerada pelos autores como a dimensão mais difícil de caracterizar, apresentam pontuações elevadas em todas as subescalas, exceto na coesão, onde as pontuações vão de moderadas a baixas. Estas pontuações parecem apontar para um funcionamento familiar problemático. Contudo, as pontuações elevadas na subescala “flexibilidade” são indicadores de que estas famílias conseguem alterar as suas áreas problemáticas quando necessário, devido à sua capacidade de promoção de mudanças e ajustes.

- *Caoticamente desligadas (Chaotically Disengaged)*: Caracterizada por pontuações baixas nas subescalas “equilibradas” e nas subescalas “emaranhada” e “rígida”, e valores altos nas

subescalas “caótica” e “desmembrada”. Este tipo de família terá, supostamente, problemas graves, dada a falta de aproximação emocional entre os elementos. Será tão problemática como as famílias desequilibradas descritas de seguida.

- *Desequilibradas (Unbalanced)*: Caracterizadas por pontuações baixas nas duas subescalas “equilibradas” e elevadas nas quatro subescalas “desequilibradas”. São o oposto das famílias equilibradas. Estas famílias apresentam muitos problemas no seu funcionamento geral e são as que mais necessitam de terapia.

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

O segundo objetivo na elaboração da FACES IV, consistia em proceder à avaliação do grau de equilíbrio ou desequilíbrio de cada família no que diz respeito à coesão e flexibilidade. Nesse sentido, Olson & Gorall (2006), criaram pontuações que permitem aceder ao rácio de coesão, flexibilidade e circumplexo total. A pontuação obtida pelo rácio compara a quantidade relativa de características “equilibradas” e “desequilibradas” no sistema familiar. Quanto ao rácio circumplexo total, foi criado tendo como objetivo facultar uma pontuação única e resumida das características familiares, equilibradas (saudáveis) ou desequilibradas (problemáticas).

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

Rácio de Coesão = Coesão equilibrada / [(Emanhada + Desmembrada) /2]

Rácio de Flexibilidade = Flexibilidade equilibrada / [(Caótica + Rígida) /2]

Rácio Circumplexo Total = [(Coesão equilibrada + Flexibilidade equilibrada) /2] / [(Emanhada + Desmembrada + Caótica + Rígida) /4]

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

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

Quanto à fidedignidade de um instrumento de medida, a análise da sua consistência interna é fundamental na investigação científica, uma vez que se refere à concordância existente entre todos os enunciados que integram o instrumento. O cálculo do valor de alfa de *Cronbach* é considerado a técnica mais utilizada para calcular o grau de consistência interna de uma escala e é utilizado quando existem várias possibilidades de escolha, como é o caso da escala de *Likert* (Fortin, 2009). De acordo com muitos autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco *et al* (2006), os valores do coeficiente alfa de *Cronbach*, podem variar entre 0 e 1. Resultados iguais ou superiores a 0,70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu *DeVellis* (1991) citado por Maroco *et al* (2006).

Seguidamente, apresentamos na tabela 8 os valores de α relativos à consistência interna da FACES IV para as várias subescalas e os respetivos números de itens. Estes permitem-nos constatar que a escala FACES IV, aplicada aos elementos da nossa amostra, apresenta valores de α superiores a 0.70, exceto nas subescalas Emaranhada e Rígida. Relativamente ao valor total de α para este estudo, foi de 0,80 o que revela uma boa consistência interna da escala total e, conseqüentemente, boa fiabilidade. Este resultado, quando comparado com outros estudos, é similar ao estudo de Cerveira (2015) e de Cruz (2021), que obtiveram valores de α total de 0.81 e 0,87, respetivamente. Quando comparado com o estudo de Videira (2013), verifica-se que tem uma melhor consistência, uma vez que este no seu estudo obteve o valor total de α de 0,64.

Tabela 8

Consistência interna das dimensões da FACES IV no estudo

Subescalas	N.º de Itens	α
Coesão Equilibrada	7	0,73
Flexibilidade Equilibrada	7	0,72
Desmembrada	7	0,73
Emaranhada	7	0,41
Rígida	7	0,61
Caótica	7	0,75
Comunicação Familiar	10	0,88
Satisfação Familiar	10	0,93
Total FACES IV	62	0,80

2.6. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada a 49 famílias com filhos em idade escolar com idades entre os 6 e os 10 anos, inclusive, pertencentes ao ficheiro da enfermeira cooperante, em consulta de enfermagem na unidade funcional, no período compreendido entre março e abril de 2024.

Os dados foram colhidos através do preenchimento do instrumento de colheita de dados por um dos progenitores, em consulta com a enfermeira de família ou em reuniões agendadas para o efeito. Os questionários foram guardados num local seguro, de acesso restrito à mestranda e à enfermeira cooperante.

2.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico é crucial nos estudos de investigação, uma vez que permite analisar quantitativamente os dados obtidos, estabelecendo uma relação entre o estudo empírico e a fundamentação teórica.

Vilelas (2022) constata que após o tratamento dos dados, estes devem ser organizados de uma forma prática e racional, que permita uma melhor compreensão do fenómeno que representa o alvo do estudo.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento dos questionários disponibilizados às famílias com crianças em idade escolar. Posteriormente, foi elaborada uma tabela no Excel, onde foram inseridos todos os dados, que de seguida foram exportados para o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29 para Windows, *software* onde se procedeu à análise quantitativa dos mesmos.

Depois de efetuada a introdução dos dados no SPSS, foi efetuada a análise quantitativa dos mesmos, utilizando técnicas da estatística descritiva e da inferencial. Numa primeira fase, através da estatística descritiva, procedeu-se à determinação de frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central - média (M) e a mediana, assim como medidas de dispersão – valor máximo (Xmax.) e valor mínimo (Xmin.) e desvio-padrão (DP).

A estatística descritiva é definida como o conjunto de técnicas e regras que resumem a informação recolhida de uma amostra, através da elaboração de instrumentos adequados como quadros, gráficos ou indicadores numéricos.

Numa segunda fase, recorreu-se à estatística inferencial, de forma a averiguar a existência de relações de associação. Estas permitem determinar se os resultados obtidos podem ser generalizados à população em causa, através dos testes paramétricos e não paramétricos. Estes testes apresentam funções idênticas e a principal diferença entre ambos é a sofisticação das medidas utilizadas para calcular a variabilidade dos resultados (Vilelas, 2022).

Neste estudo, utilizaram-se os testes não-paramétricos. A decisão para a utilização destes, teve por base a realização do teste de normalidade da distribuição amostral - teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Este é utilizado para testar se as variáveis seguem uma distribuição normal ($p \geq 0,05$). Neste estudo, verificou-se que as mesmas não revelam uma distribuição normal ($p < 0,05$), o que foi confirmado pela curva dos histogramas que se apresentavam enviesadas para cada fator.

De modo a compreender a relação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas da família e criança) e o funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar, utilizou-se: o teste de Correlação de *Spearman*, que segundo Vilelas (2022) serve para medir a associação entre duas variáveis quantitativas contínuas, sendo alternativo à Correlação de *Pearson*; o teste de *Mann-Whitney* (U) que, segundo Vilelas (2022), é aplicado quando se pretendem comparar dois grupos independentes, sendo alternativo ao teste *t-student*. Para além destes testes, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (χ^2), cuja aplicação é preconizada para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, de forma a perceber se existe diferença entre os mesmos (Vilelas, 2022)

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

2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS

No que diz respeito às considerações éticas, Fortin (2009) refere que todas as investigações que envolvam seres humanos exigem o cumprimento de determinadas condutas éticas, que devem ser respeitadas pelos investigadores.

Assim, nesta investigação, numa primeira fase foi solicitada a autorização aos autores da tradução e validação da FACES IV para a população portuguesa para a utilização da mesma (Apêndice 4). Para além disso, submeteu-se o projeto à apreciação da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Enfermagem (UICISA E) e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, cujo parecer foi favorável (Apêndices 5 e 6).

Com vista ao cumprimento de todos os procedimentos éticos, aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados, foi fornecido às famílias inquiridas um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 2) realizado em duplicado, tendo sido distribuído um para a família e outro para o investigador.

As informações obtidas neste estudo foram utilizadas apenas para fins de investigação e foram garantidos a voluntariedade, anonimato e confidencialidade dos dados. Foi ainda salvaguardada a possibilidade de interromper a participação no presente estudo a qualquer momento e sem qualquer consequência.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico, pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos no presente estudo relativamente à coesão e flexibilidade das famílias com crianças em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive, através do tratamento estatístico da informação recolhida.

Os resultados do estudo são as informações numéricas provenientes dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida, reportando-se diretamente às questões de investigação ou hipóteses formuladas (Fortin, 2009).

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

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva dos dados recolhidos no estudo permitiu descrever as características globais da amostra, com o intuito de facilitar a interpretação dos mesmos.

De seguida, são apresentados os valores relativos às características sociodemográficas da família (familiar que preenche o questionário, idade dos pais, escolaridade, estado civil do progenitor que preenche o questionário, profissão, tipo de família, número de pessoas do agregado familiar, número de filhos e rendimento mensal do agregado familiar) e características da criança com idade entre os 6-10 anos inclusive (idade, sexo, posição na fratria), bem como os resultados da variável dependente – funcionamento familiar, avaliado através da escala de avaliação da flexibilidade e coesão familiar – FACES IV. Foram igualmente tidos em conta o estudo da verificação da existência de relação entre as características sociodemográficas e o funcionamento familiar.

3.1.1. Características sociodemográficas das famílias

No que diz respeito à amostra obtida, esta é constituída por quarenta e nove famílias com filhos em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, utentes inscritos no ficheiro da enfermeira cooperante da USF.

A informação apresentada na tabela 9 permite perceber que, na grande maioria, foram as mães a responder ao questionário (87,8 %) e que apenas 12,2% dos questionários foram respondidos pelo pai, havendo um claro predomínio de questionários preenchidos pelas mães.

No que concerne ao nível de escolaridade da mãe, o que apresenta uma maior percentagem é o ensino superior (67,3%) e o ensino básico é o que apresenta menor percentagem. Apenas três mães (6,1%) da nossa amostra. Quanto ao nível de escolaridade do pai, similarmemente ao da mãe, o ensino superior é o que apresenta maior percentagem - 55,1% estudaram até ao ensino superior e apenas 14,3% estudaram até ao ensino básico.

A maioria da amostra é casada ou vive em união de facto, quarenta e quatro casais (89,8%). Quatro são solteiros (8,2%) e um casal é separado ou divorciado (2,0%). Não se obteve nenhuma resposta com a opção viúvo(a).

Quanto à distribuição da amostra segundo o tipo de família, apurou-se um valor muito mais elevado - quarenta e um - (83,7%) para as famílias nucleares. Apesar da tendência crescente relativa às novas estruturas de famílias, na nossa amostra apenas se confirmou a existência de cinco famílias monoparentais (10,2%), duas famílias alargadas (4,1%) e de apenas, uma família reconstruída (2,0%).

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, verificou-se que a maioria das famílias (46.9%) tem um rendimento entre 2000€ - 3000€, sendo que 4,1% da amostra tem um rendimento inferior a 750€ e 8.2% da amostra um rendimento superior a 4000€.

Relativamente à idade dos pais, como podemos verificar na Tabela 9, a média de idades da mãe é de 40,53 anos (DP= 4,669), com mínimo de 32 e máximo de 52 anos. A média de idades do pai é de 43,24 anos (DP= 7,324), com mínimo de 31 e máximo de 65 anos.

Tabela 9*Características sociodemográficas da amostra/variáveis qualitativas nominais*

Variável	Atributos	N	%
Familiar que preenche o questionário	Mãe	43	87,8
	Pai	6	12,2
	Total	49	100,0
Nível de escolaridade da mãe	Ensino básico	3	6,1
	Ensino secundário	13	26,5
	Ensino superior	33	67,3
	Total	49	100,0
Nível de escolaridade do pai	Ensino básico	7	14,3
	Ensino secundário	15	30,6
	Ensino superior	27	55,1
	Total	49	100,0
Estado civil	Casada(o)/União de facto	44	89,8
	Solteira(o)	4	8,2
	Divorciada(o)/separada(o)	1	2,0
	Total	49	100,0
Tipo de família	Nuclear	41	83,7
	Reconstruída	1	2,0
	Alargada	2	4,1
	Monoparental	5	10,2
	Total	49	100,0
Rendimento mensal do agregado familiar	Até 750€	2	4,1
	Entre 750€ e 1000€	3	6,1
	Entre 1000€ e 2000€	10	20,4
	Entre 2000€ e 3000€	23	46,9
	Entre 3000€ e 4000€	7	14,3
	Mais de 4000€	4	8,2
	Total	49	100,0

No que concerne ao número de pessoas do agregado familiar, a média é de 3,65 pessoas (DP= 0,830), com mínimo de 2 e máximo de 6 pessoas. Quanto ao número de filhos, a média é de 1,76 filhos (DP= 0,630), com mínimo de 1 e máximo de 4 filhos (tabela 10).

Tabela 10

*Distribuição da amostra (n=49) segundo idade dos pais, n.º pessoas do agregado e n.º de filhos/
Variáveis contínuas*

	Amplitude	Xmin.	Xmax.	M	DP
Idade da mãe	20	32	52	40,53	4,669
Idade do pai	34	31	65	43,24	7,324
N.º Pessoas do Agregado	4	2	6	3,65	0,830
N.º Filhos	3	1	4	1,76	0,630

3.1.2. Características sociodemográficas das crianças

Relativamente à idade da criança, como podemos verificar na Tabela 11, a média de idades é de 8,04 anos (DP= 1,471), com mínimo de 6 e máximo de 10 anos de idade, de acordo com o critério de inclusão no estudo.

Tabela 11

Distribuição da amostra (n=49) segundo a idade da criança

	Amplitude	Xmin.	Xmax.	M	DP
Idade da criança	4	6	10	8,04	1,471

A informação apresentada na tabela 12 permite perceber que a percentagem de crianças do sexo masculino é ligeiramente superior, atingindo a percentagem de 53,1% e 46,9% são do sexo feminino.

Tabela 12*Distribuição da amostra segundo o sexo da criança*

Sexo da Criança	N	%
Masculino	26	53,1
Feminino	23	46,9
Total	49	100,0

De acordo com os dados apresentados na Tabela 13, podemos verificar que existe um predomínio de primeiro filho na amostra, apresentando uma percentagem de 63,3%; seguem-se os segundos filhos, com uma percentagem de 32,7% da amostra e apenas 4,1% das crianças são terceiros filhos.

Tabela 13*Distribuição da amostra segundo a posição na fratria*

Posição na fratria	N	%
1º Filho	31	63,3
2º Filho	16	32,7
3º Filho	2	4,1
Total	49	100,0

3.1.3. Características do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar

A caracterização do funcionamento familiar das famílias participantes no estudo efetuou-se através do cálculo das pontuações das oito subescalas que constituem a FACES IV (coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada, desmembrada, emaranhada, rígida, caótica, comunicação e satisfação), do cálculo dos respetivos percentis para averiguar o nível correspondente a cada subescala e da determinação dos rácios da coesão, flexibilidade e circunflexo total.

Os dados estatísticos apurados para a caracterização do funcionamento familiar por subescala da FACES IV, representados na tabela 14, demonstram que as subescalas “equilibradas” (coesão e flexibilidade) assumiram valores médios mais elevados do que as

subescalas “desequilibradas” (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica). A pontuação média mais elevada surgiu na subescala da coesão (30,76), seguindo-se a subescala da flexibilidade (29,18). A pontuação média mais baixa surgiu na subescala “desmembrada” (11,12), seguida pela subescala “caótica” (13,39).

No que diz respeito às subescalas da comunicação e satisfação, a média relativa às pontuações foi, respetivamente, de 41,24 e 38,84. Estes valores são mais elevados do que nas restantes subescalas, o que é previsível, uma vez que nestas subescalas, o número de questões é superior, o que se traduz numa possibilidade de pontuações máximas mais elevadas.

Ainda assim, é de referir que ambas apresentam amplitudes elevadas e médias aproximadas, embora ligeiramente superiores na comunicação.

Tabela 14

Caracterização do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar por subescala da FACES IV

Subescalas da FACES IV	N	Amplitude	Xmin.	Xmáx.	M	DP
Coesão Equilibrada	49	13	22	35	30,76	3,099
Desmembrada	49	18	7	25	11,2	3,238
Emaranhada	49	14	14	28	19,65	3,031
Flexibilidade Equilibrada	49	14	21	35	29,18	3,438
Rígida	49	14	14	28	21,12	3,908
Caótica	49	20	7	27	13,39	4,137
Comunicação	49	21	29	50	41,24	5,126
Satisfação	49	36	14	50	38,84	6,786

De seguida, após a conversão das pontuações brutas referentes a cada subescala e os respetivos valores percentuais através da utilização das tabelas de conversão complementares à escala de FACES IV, apresentamos os dados expressos na tabela 15 por níveis, relativos às subescalas equilibradas e desequilibradas de coesão e flexibilidade, e das subescalas da comunicação e da satisfação, relativamente à frequência e percentagem por grupo.

A análise desta tabela demonstra que, no que diz respeito à coesão equilibrada, a maioria das famílias (81,63%) corresponde ao nível muito coesa, sendo de referir que apenas 2,04% se enquadram no nível pouco coesa.

Em relação à flexibilidade “equilibrada”, similarmente à coesão “equilibrada”, também 87,76% das famílias se incluem no nível “muito flexível”, sendo que 12,24% se situa no “flexível”. Nenhuma família se encontra no nível “pouco flexível”.

No que concerne às subescalas “desequilibradas” (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica), é de realçar que o nível “muito alto” obteve valores nulos para todas as famílias que constituem a amostra.

Para a subescala “desmembrada”, a percentagem mais elevada observa-se no nível “muito baixo” (95,92%), o que corresponde quase à totalidade da amostra.

Por outro lado, a subescala “emaranhada” registou valores superiores no nível “baixo”, com 61,22%, o que corresponde a mais de metade da amostra, seguida dos níveis “moderado” e “muito baixo”, com 26,53% e 10,2% respetivamente.

Relativamente à subescala “rígida”, verificam-se valores similares entre os níveis “moderado” e “baixo”, sendo de 34,69% e 32,65% respetivamente, seguindo-se o nível “muito baixo” (18,37%) e por último o nível “alto” (14,29%).

Quanto à subescala “caótica”, a grande maioria das famílias (85,71%) enquadra-se no nível “muito baixo”, sendo que apenas 2,04% correspondem ao nível “alto”.

A perceção da comunicação pelas famílias em estudo insere-se maioritariamente nos níveis “alto” e “muito alto”, correspondendo a 34,69% e 30,61%, respetivamente. Contudo, 10,20% e 2,04% apresentam um nível baixo e muito baixo, respetivamente.

Quanto à satisfação, as famílias encontram-se mais num nível intermédio, sendo que 73,47% situa-se no nível moderado, seguindo-se o nível baixo com 24,49%. De referir, que também nenhuma família se encontra no nível “alto” ou “muito alto” nesta subescala.

Tabela 15*Caracterização da amostra segundo os níveis de cada subescala da FACES IV*

Subescalas da FACES IV	N	%
Coesão		
Pouco coesa	1	2,04
Coesa	8	16,33
Muito coesa	40	81,63
Desmembrada		
Muito baixo	47	95,92
Baixo	1	2,04
Moderado	1	2,04
Alto	0	0,00
Muito alto	0	0,00
Emaranhada		
Muito baixo	5	10,20
Baixo	30	61,22
Moderado	13	26,53
Alto	1	2,04
Muito alto	0	0,00
Flexibilidade		
Um pouco flexível	0	0,00
Flexível	6	12,24
Muito flexível	43	87,76
Rígida		
Muito baixo	9	18,37
Baixo	16	32,65
Moderado	17	34,69
Alto	7	14,29
Muito alto	0	0,00
Caótica		
Muito baixo	42	85,71
Baixo	4	8,16
Moderado	2	4,08
Alto	1	2,04
Muito alto	0	0,00

(Continua)

Tabela 15 (Continuação)*Caracterização da amostra segundo os níveis de cada subescala da FACES IV*

Subescalas da FACES IV	N	%
Comunicação		
Muito baixo	1	2,04
Baixo	5	10,20
Moderado	11	22,45
Alto	17	34,69
Muito alto	15	30,61
Satisfação		
Muito baixo	1	2,04
Baixo	12	24,49
Moderado	36	73,47
Alto	0	0,00
Muito alto	0	0,00

A interpretação da tabela 16, na qual se encontra a distribuição do funcionamento familiar por rácios da FACES IV, permite constatar que a média obtida indica a tendência para um funcionamento familiar equilibrado na amostra em questão, uma vez que é superior a um, em todos os rácios. A coesão constitui a dimensão cujos rácios são mais elevados, com uma média de 2,05.

Tabela 16*Distribuição do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar por rácios da FACES IV*

Rácios da FACES IV	N	Amplitude	Xmin.	Xmáx.	M	DP
Coesão	49	2,15	0,94	3,09	2,05	0,41
Flexibilidade	49	1,69	1,11	2,80	1,74	0,36
Circumplexo_total	49	1,64	1,06	2,69	1,87	0,32

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

De seguida, apresentam-se os resultados relativos à análise inferencial dos dados do presente estudo, de forma a retirar conclusões no que diz respeito ao funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, procurando assim responder aos objetivos que motivaram esta investigação.

Com o intuito de se conseguirem resultados mais precisos e tendo em conta que a FACES IV permite o cálculo das pontuações por subescalas e o cálculo dos rácios da coesão, flexibilidade e circunflexo total, procurou-se fazer a inferência estatística, tendo em conta tanto as pontuações das subescalas da FACES IV, como dos rácios.

3.2.1. Relação entre as variáveis independentes e as subescalas da FACES IV

De acordo com os resultados apresentados na tabela 17, referentes à correlação das subescalas com a idade dos pais das crianças em idade escolar, a análise da tabela permite-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois $p \geq 0,05$ em todas as subescalas. Relativamente à idade da mãe, todas as subescalas, exceto as subescalas “desmembrada” e “satisfação”, apresentam uma correlação negativa, isto é, comportam-se de maneira inversa (quanto maior a idade da mãe, menor a coesão, por exemplo). As subescalas “desmembrada” e “satisfação” apresentam uma correlação positiva, ou seja, as variáveis comportam-se no mesmo sentido (quanto maior a idade da mãe, maior a satisfação familiar). Relativamente à idade do pai, todas as correlações são negativas, exceto na subescala Rígida e na Satisfação.

Tabela 17

Correlação das subescalas em função da idade dos pais segundo a correlação de Spearman

Idade	Mãe		Pai	
	Correlação de Spearman	p	Correlação de Spearman	p
Coesão	-0,112	0,443	- 0,065	0,658
Desmembrada	0,062	0,671	- 0,063	0,669
Emaranhada	- 0,134	0,357	- 0,177	0,225
Flexibilidade	- 0,157	0,283	- 0,211	0,146
Rígida	- 0,115	0,433	0,014	0,924
Caótica	- 0,013	0,929	- 0,264	0,067
Comunicação	- 0,116	0,428	- 0,067	0,646
Satisfação	0,061	0,678	0,263	0,068

De acordo com os resultados apresentados na tabela 18, referentes à comparação entre o nível de escolaridade da mãe e as subescalas da FACES IV, a análise permite-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois $p \geq 0,05$ em todas as subescalas.

Tabela 18

Comparação das subescalas em função do nível de escolaridade da mãe segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Nível de Escolaridade da mãe	N	Posto médio	Mediana (Md)	H	p
Coesão	Ensino Básico	3	29,00	33,00	3,760	0,153
	Ensino Secundário	13	18,50	30,00		
	Ensino Superior	33	27,20	31,00		
Desmembrada	Ensino Básico	3	28,83	10,00	4,606	0,100
	Ensino Secundário	13	31,69	11,00		
	Ensino Superior	33	22,02	10,00		
Emaranhada	Ensino Básico	3	30,83	20,00	0,591	0,744
	Ensino Secundário	13	23,88	19,00		
	Ensino Superior	33	24,92	19,00		
Flexibilidade	Ensino Básico	3	29,83	30,00	2,905	0,234
	Ensino Secundário	13	19,38	29,00		
	Ensino Superior	33	26,77	29,00		
Rígida	Ensino Básico	3	34,83	22,00	1,984	0,371
	Ensino Secundário	13	26,62	22,00		
	Ensino Superior	33	23,47	20,00		
Caótica	Ensino Básico	3	33,00	16,00	3,104	0,212
	Ensino Secundário	13	29,31	15,00		
	Ensino Superior	33	22,58	13,00		
Comunicação	Ensino Básico	3	21,67	38,00	0,184	0,912
	Ensino Secundário	13	25,54	42,00		
	Ensino Superior	33	25,09	43,00		
Satisfação	Ensino Básico	3	11,67	31,00	2,936	0,230
	Ensino Secundário	13	24,62	38,00		
	Ensino Superior	33	26,36	40,00		

A Tabela 19, na qual podemos fazer a comparação entre o nível de escolaridade do pai nas subescalas da FACES IV, permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas para a subescala coesão equilibrada ($p=0,040$) e na subescala flexibilidade ($p=0,011$), ao analisarmos verificamos que a mediana e o posto médio pontuaram mais nas famílias com pais com ensino secundário e ensino superior em comparação com o ensino básico.

Tabela 19

Comparação das subescalas em função das habilitações literárias do pai segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Nível de Escolaridade do pai	N	Posto médio	Mediana (Md)	H	p
Coesão equilibrada	Ensino Básico	7	12,64	26,00	6,449	0,040
	Ensino secundário	15	28,53	32,00		
	Ensino Superior	27	26,24	31,00		
Desmembrada	Ensino Básico	7	31,50	11,00	1,741	0,419
	Ensino secundário	15	23,57	10,00		
	Ensino Superior	27	24,11	10,00		
Emaranhada	Ensino Básico	7	21,71	18,00	1,194	0,551
	Ensino secundário	15	23,00	19,00		
	Ensino Superior	27	26,96	20,00		
Flexibilidade equilibrada	Ensino Básico	7	11,57	24,00	9,060	0,011
	Ensino secundário	15	31,10	31,00		
	Ensino Superior	27	25,09	29,00		
Rígida	Ensino Básico	7	22,36	22,00	1,119	0,572
	Ensino secundário	15	28,13	22,00		
	Ensino Superior	27	23,94	20,00		
Caótica	Ensino Básico	7	26,86	15,00	0,139	0,933
	Ensino secundário	15	24,70	13,00		
	Ensino Superior	27	24,69	13,00		
Comunicação	Ensino Básico	7	18,29	38,00	4,898	0,086
	Ensino secundário	15	31,30	45,00		
	Ensino Superior	27	23,24	41,00		
Satisfação	Ensino Básico	7	23,57	38,00	0,258	0,879
	Ensino secundário	15	24,00	40,00		
	Ensino Superior	27	25,93	40,00		

Os resultados na Tabela 20, que apresentam as comparações entre o estado civil nas subescalas da FACES IV, demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala coesão ($p=0,005$), na subescala desmembrada ($p=0,011$) e na subescala flexibilidade ($p=0,012$). Relativamente às subescalas coesão e flexibilidade, o estado civil de casado/União de facto, é a que apresenta valores mais elevados e, por sua vez, na subescala desmembrada, são os pais com estado civil de Divorciada(o)/ separada(o) que apresentam valores mais elevados.

Face ao exposto, podemos concluir que existe relação entre o estado civil e a subescalas coesão, flexibilidade e desmembrada. Constatando-se uma tendência para famílias com estado civil de casado/ união de facto, apresentarem valores mais elevados nas subescalas coesão e flexibilidade. Por outro lado, famílias com estado civil de Divorciada(o)/ Separado apresentam valores superiores na subescala desmembrada.

Tabela 20

Comparação das subescalas em função do estado civil dos pais das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Estado civil	N	Posto médio	Mediana (Md)	χ^2	p
Coesão equilibrada	Casado/ União de facto	44	27,24	31,50	10,759	0,005
	Solteira(o)	4	5,75	25,50		
	Divorciada(o)/ Separado	1	3,50	-		
Desmembrada	Casado/ União de facto	44	22,98	10,00	8,999	0,011
	Solteira(o)	4	41,50	15,00		
	Divorciada(o)/ Separado	1	48,00	-		
Emaranhada	Casado/ União de facto	44	24,61	19,00	0,328	0,849
	Solteira(o)	4	28,13	20,00		
	Divorciada(o)/ Separado	1	29,50	-		
Flexibilidade equilibrada	Casado/ União de facto	44	27,02	29,50	8,864	0,012
	Solteira(o)	4	8,13	23,00		
	Divorciada(o)/ Separado	1	3,50	-		
Rígida	Casado/ União de facto	44	24,52	21,00	0,486	0,784
	Solteira(o)	4	29,13	23,50		
	Divorciada(o)/ Separado	1	29,50	-		
Caótica	Casado/ União de facto	44	23,94	13,00	2,621	0,270
	Solteira(o)	4	32,75	15,50		
	Divorciada(o)/ Separado	1	40,50	-		
Comunicação	Casado/ União de facto	44	26,49	43,00	4,800	0,091
	Solteira(o)	4	12,88	38,50		
	Divorciada(o)/ Separado	1	8,00	-		
Satisfação	Casado/ União de facto	44	25,75	40,00	1,265	0,531
	Solteira(o)	4	19,25	35,00		
	Divorciada(o)/ Separado	1	15,00	-		

Quanto à comparação entre o tipo de família das crianças em idade escolar nas subescalas da FACES IV, a análise da tabela 21 mostra que existem diferenças estatisticamente

significativas nas subescalas coesão equilibrada, desmembrada e flexibilidade equilibrada apresentando valores de p de 0,012, 0,013 e 0,020, respetivamente. Assim, podemos concluir que existe relação entre o tipo de família das crianças em idade escolar e as subescalas coesão equilibrada, desmembrada e flexibilidade equilibrada. Na subescala “coesão”, verifica-se uma tendência para valores superiores nas famílias nucleares. Por outro lado, na subescala “flexibilidade equilibrada”, verifica-se uma tendência para valores superiores nas famílias alargadas. Por sua vez, na subescala “desmembrada”, verificam-se valores mais elevados nas famílias reconstruídas.

Tabela 21

Comparação das subescalas em função do tipo de família das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Tipo de família	N	Posto médio	Mediana (Md)	H	p
Coesão equilibrada	Nuclear	41	27,51	32,00	10,965	0,012
	Reconstruída	1	23,00	-		
	Alargada	2	23,75	31,00		
	Monoparental	5	5,30	25,00		
Desmembrada	Nuclear	41	23,10	10,00	10,717	0,013
	Reconstruída	1	37,00	-		
	Alargada	2	13,50	9,00		
	Monoparental	5	42,80	16,00		
Emaranhada	Nuclear	41	25,18	19,00	1,292	0,731
	Reconstruída	1	17,00	-		
	Alargada	2	16,75	18,00		
	Monoparental	5	28,40	20,00		
Flexibilidade equilibrada	Nuclear	41	27,05	30,00	9,797	0,020
	Reconstruída	1	15,00	-		
	Alargada	2	32,50	31,00		
	Monoparental	5	7,20	22,00		
Rígida	Nuclear	41	25,04	21,00	1,300	0,729
	Reconstruída	1	19,50	-		
	Alargada	2	16,50	18,50		
	Monoparental	5	29,20	22,00		

(Continua)

Tabela 21 (Continuação)

Comparação das subescalas em função do tipo de família das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Tipo de família	N	Posto médio	Mediana (Md)	H	p
Caótica	Nuclear	41	24,57	13,00	3,639	0,303
	Reconstruída	1	18,50	-		
	Alargada	2	13,75	11,00		
	Monoparental	5	34,30	16,00		
Comunicação	Nuclear	41	26,84	43,00	5,915	0,116
	Reconstruída	1	11,00	-		
	Alargada	2	27,00	43,00		
	Monoparental	5	11,90	38,00		
Satisfação	Nuclear	41	25,88	40,00	1,427	0,699
	Reconstruída	1	19,00	-		
	Alargada	2	26,50	39,50		
	Monoparental	5	18,40	36,00		

Os resultados na tabela 22, que representam as comparações entre o rendimento do agregado familiar das famílias com crianças em idade escolar nas subescalas da FACES IV, demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “coesão equilibrada”, “desmembrada” e “flexibilidade equilibrada”, apresentando valores de p de 0,031, 0,017 e 0,031, respetivamente. Assim, podemos concluir que existe relação entre o rendimento familiar das famílias com crianças em idade escolar e as subescalas “coesão desmembrada e flexibilidade”. Nas subescalas “coesão” e “flexibilidade”, verifica-se uma tendência para valores superiores nas famílias com rendimentos entre os 3000€ e 4000€. Por sua vez, na subescala “desmembrada”, verificam-se valores mais elevados nas famílias com rendimentos entre os 750€ e os 1000€.

Tabela 22

Comparação das subescalas em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias com crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Rendimento mensal	N	Posto médio	Md	H	p
Coesão Equilibrada	Até 750€	2	7,75	27,00	12,294	0,031
	Entre 750€ e 1000€	3	3,67	25,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	23,00	31,00		
	Entre 2000€ e 3000€	23	27,61	31,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	30,86	32,00		
	Mais de 4000€	4	29,38	31,50		
Desmembrada	Até 750€	2	38,75	18,00	13,822	0,017
	Entre 750€ e 1000€	3	45,50	16,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	25,95	10,50		
	Entre 2000€ e 3000€	23	25,50	11,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	15,64	9,00		
	Mais de 4000€	4	13,88	8,50		
Emaranhada	Até 750€	2	43,50	25,00	8,484	0,132
	Entre 750€ e 1000€	3	18,33	18,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	27,10	19,00		
	Entre 2000€ e 3000€	23	25,43	19,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	14,93	16,00		
	Mais de 4000€	4	30,63	20,50		
Flexibilidade Equilibrada	Até 750€	2	13,75	26,50	12,331	0,031
	Entre 750€ e 1000€	3	2,83	22,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	23,80	29,00		
	Entre 2000€ e 3000€	23	25,50	29,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	33,50	33,00		
	Mais de 4000€	4	32,50	30,00		
Rígida	Até 750€	2	40,00	25,00	4,050	0,542
	Entre 750€ e 1000€	3	22,00	22,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	21,05	21,00		
	Entre 2000€ e 3000€	23	26,67	21,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	25,29	21,00		
	Mais de 4000€	4	19,50	19,50		

(Continua)

Tabela 22 (Continuação)

Comparação das subescalas em função do rendimento mensal do agregado familiar das famílias com crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Rendimento mensal	N	Posto médio	Md	H	p
Caótica	Até 750€	2	26,75	16,50	5,972	0,309
	Entre 750€ e 1000€	3	39,33	16,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	26,50	13,50		
	Entre 2000€ e 3000€	23	21,50	12,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	23,14	11,00		
	Mais de 4000€	4	33,00	14,50		
Comunicação	Até 750€	2	17,00	39,00	5,915	0,315
	Entre 750€ e 1000€	3	8,50	36,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	23,35	41,50		
	Entre 2000€ e 3000€	23	27,96	44,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	27,00	43,00		
	Mais de 4000€	4	25,00	41,00		
Satisfação	Até 750€	2	23,00	38,00	2,583	0,764
	Entre 750€ e 1000€	3	15,33	36,00		
	Entre 1000€ e 2000€	10	22,15	37,50		
	Entre 2000€ e 3000€	23	26,52	40,00		
	Entre 3000€ e 4000€	7	26,00	40,00		
	Mais de 4000€	4	29,88	41,50		

Quanto à comparação entre a idade da criança em idade escolar nas subescalas da FACES IV, a análise da tabela 23 mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade da criança e o funcionamento familiar.

Tabela 23

Comparação das subescalas em função da idade da criança segundo a correlação de Spearman

Subescalas	Correlação de Spearman	p
Coesão	- 0,138	0,345
Desmembrada	0,075	0,609
Emaranhada	0,042	0,776
Flexibilidade	- 0,065	0,659
Rígida	- 0,093	0,526
Caótica	0,138	0,344
Comunicação	- 0,140	0,336
Satisfação	0,032	0,827

Quanto à comparação entre a sexo da criança em idade escolar nas subescalas da FACES IV, a análise da tabela 24 demonstra que não existem diferenças/ relações estatisticamente significativas entre a variável sexo da criança e o funcionamento familiar, uma vez que em todas as subescalas $p \geq 0,05$.

Tabela 24

Comparação das subescalas em função do sexo da criança segundo o teste U de Mann-Whitney (U)

Subescalas	Sexo da criança	N	Posto médio	Md	U	p
Coesão equilibrada	Masculino	26	24,96	31,00	298,000	0,984
	Feminino	23	25,04	31,00		
Desmembrada	Masculino	26	23,88	10,00	270,000	0,557
	Feminino	23	26,26	11,00		
Emaranhada	Masculino	26	24,15	19,00	277,000	0,657
	Feminino	23	25,96	20,00		
Flexibilidade equilibrada	Masculino	26	25,79	29,00	278,500	0,679
	Feminino	23	24,11	29,00		
Rígida	Masculino	26	23,23	20,50	253,000	0,355
	Feminino	23	27,00	22,00		
Caótica	Masculino	26	26,35	13,00	264,000	0,481
	Feminino	23	23,48	13,00		
Comunicação	Masculino	26	27,29	43,00	239,500	0,232
	Feminino	23	22,41	41,00		
Satisfação	Masculino	26	25,87	40,50	276,500	0,651
	Feminino	23	24,02	38,00		

Relativamente à comparação entre a posição na fratria das crianças em idade escolar nas subescalas da FACES IV, a análise da tabela 25 demonstra que não existem diferenças/ relações estatisticamente significativas entre a variável “posição na fratria” das crianças em idade escolar e o funcionamento familiar, uma vez que em todas as subescalas $p \geq 0,05$.

Tabela 25

Comparação das subescalas em função da posição na fratria segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Subescalas	Posição na fratria da criança	N	Posto médio	Md	H	p
Coesão equilibrada	1.º Filho	31	26,06	31,00	0,606	0,739
	2.º Filho	16	23,59	31,00		
	3.º Filho	2	19,75	30,50		
Desmembrada	1.º Filho	31	23,97	10,00	0,959	0,619
	2.º Filho	16	25,94	10,50		
	3.º Filho	2	33,50	12,00		
Emaranhada	1.º Filho	31	27,18	19,00	2,038	0,361
	2.º Filho	16	21,00	18,50		
	3.º Filho	2	23,25	19,00		
Flexibilidade equilibrada	1.º Filho	31	26,00	29,00	0,519	0,771
	2.º Filho	16	22,91	29,00		
	3.º Filho	2	26,25	29,50		
Rígida	1.º Filho	31	27,15	22,00	2,295	0,317
	2.º Filho	16	22,03	20,50		
	3.º Filho	2	15,50	19,00		
Caótica	1.º Filho	31	26,03	13,00	0,817	0,665
	2.º Filho	16	22,50	12,00		
	3.º Filho	2	29,00	13,50		
Comunicação	1.º Filho	31	26,52	43,00	1,932	0,381
	2.º Filho	16	23,56	43,00		
	3.º Filho	2	13,00	37,50		
Satisfação	1.º Filho	31	24,42	38,00	2,549	0,280
	2.º Filho	16	27,84	41,00		
	3.º Filho	2	11,25	34,00		

3.2.2. Relação entre as variáveis independentes e os rácios da FACES IV

No que respeita à comparação entre o nível de escolaridade da mãe e do pai com filhos em idade escolar nos rácios da FACES IV, representadas nas tabelas 26 e 27, não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

No entanto, em termos de posto médio, as famílias cujas mães têm formação superior, apresentam valores mais elevados em todos os rácios. Relativamente ao pai, o posto médio é mais elevado em todos os rácios, quando os pais têm o ensino secundário, como nível de escolaridade.

Tabela 26

Comparação dos rácios da FACES IV em função do nível de escolaridade da mãe com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Nível de escolaridade da mãe	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	Ensino básico	3	24,50	2,20		
	Ensino secundário	13	19,12	1,76	3,114	0,211
	Ensino superior	33	27,36	2,07		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Ensino básico	3	15,50	1,58		
	Ensino secundário	13	18,50	1,42	5,913	0,052
	Ensino superior	33	28,42	1,75		
Rácio do Circumplexo Total	Ensino básico	3	18,00	1,80		
	Ensino secundário	13	18,65	1,65	4,875	0,087
	Ensino superior	33	28,14	1,97		

Tabela 27

Comparação dos rácios da FACES IV em função do nível de escolaridade do pai com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Nível de escolaridade do pai	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	Ensino básico	7	15,79	1,72		
	Ensino secundário	15	28,73	2,19	3,951	0,139
	Ensino superior	27	25,31	2,07		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Ensino básico	7	18,07	1,42		
	Ensino secundário	15	26,40	1,72	1,928	0,381
	Ensino superior	27	26,02	1,74		
Rácio do Circumplexo Total	Ensino básico	7	16,36	1,58		
	Ensino secundário	15	28,37	1,93	3,412	0,182
	Ensino superior	27	25,37	1,88		

A comparação entre o estado civil do progenitor com filhos em idade escolar nos rácios da FACES IV, representadas na tabela 28, permite averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos rácios de coesão ($p=0,003$), flexibilidade ($p=0,003$) e circumplexo total ($p=0,002$). Consequentemente, podemos concluir que o facto de o progenitor ter o estado civil de casado/união de facto tem influência no funcionamento familiar.

Tabela 28

Comparação dos rácios da FACES IV em função do estado civil do progenitor com filhos em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Rácio Estado civil	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	Casado/ União de facto	44	27,32	2,10		
	Solteira(o)	4	5,25	1,47	11,401	0,003
	Divorciada(o)/ Separado	1	2,00	-		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Casado/ União de facto	44	27,32	1,74		
	Solteira(o)	4	5,25	1,30	11,395	0,003
	Divorciada(o)/ Separado	1	2,00	-		
Rácio do Circumplexo Total	Casado/ União de facto	44	27,41	1,93		
	Solteira(o)	4	4,25	1,36	12,278	0,002
	Divorciada(o)/ Separado	1	2,00	-		

A comparação entre o tipo de família das crianças em idade escolar nos rácios da FACES IV, exposta na tabela 29, demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas nos rácios da coesão ($p=0,006$), flexibilidade ($p=0,003$) e circunplexo total ($p=0,003$). Então, podemos concluir que existe relação entre o tipo de família e o funcionamento familiar, apresentando as famílias alargadas valores mais elevados em todos os rácios.

Tabela 29

Comparação dos rácios da FACES IV em função do tipo de família das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Tipo de família	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	Nuclear	41	26,99	2,07	12,544	0,006
	Reconstruída	1	21,00	-		
	Alargada	2	37,25	2,30		
	Monoparental	5	4,60	1,42		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Nuclear	41	26,52	1,74	13,827	0,003
	Reconstruída	1	29,00	-		
	Alargada	2	42,75	2,11		
	Monoparental	5	4,60	1,18		
Rácio do Circunplexo Total	Nuclear	41	26,88	1,93	14,268	0,003
	Reconstruída	1	22,00	-		
	Alargada	2	41,00	2,20		
	Monoparental	5	3,80	1,31		

Pela análise dos resultados obtidos na tabela 30, referentes à comparação entre o rendimento mensal do agregado familiar das crianças em idade escolar nos rácios da FACES IV, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos rácios da coesão ($p=0,004$), flexibilidade ($p=0,035$) e circunplexo total ($p=0,008$). Verificam-se valores mais elevados em todos os rácios cujo rendimento mensal do agregado familiar varia entre 3000€ e 4000€. Por outro lado, os valores são mais baixos em todos os rácios, quando o rendimento mensal varia entre 750€ e 1000€. É então possível concluir que o rendimento mensal do progenitor influencia o funcionamento familiar.

Tabela 30

Comparação dos rácios da FACES IV em função do rendimento mensal do agregado familiar das crianças em idade escolar segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Rendimento mensal	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	Até 750€	2	6,50	1,35	17,115	0,004
	Entre 750€ e 1000€	3	3,33	1,42		
	Entre 1000€ e 2000€	10	22,75	2,00		
	Entre 2000€ e 3000€	23	25,33	2,07		
	Entre 3000€ e 4000€	7	37,93	2,32		
	Mais de 4000€	4	31,63	2,20		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Até 750€	2	5,50	1,30	12,011	0,035
	Entre 750€ e 1000€	3	4,00	1,16		
	Entre 1000€ e 2000€	10	27,00	1,69		
	Entre 2000€ e 3000€	23	26,09	1,74		
	Entre 3000€ e 4000€	7	30,71	1,83		
	Mais de 4000€	4	29,25	1,74		
Rácio do Circumplexo Total	Até 750€	2	5,00	1,32	15,533	0,008
	Entre 750€ e 1000€	3	3,00	1,31		
	Entre 1000€ e 2000€	10	25,35	1,86		
	Entre 2000€ e 3000€	23	25,33	1,91		
	Entre 3000€ e 4000€	7	35,86	2,17		
	Mais de 4000€	4	29,75	1,94		

Pela análise dos resultados obtidos na tabela 31, referentes à comparação entre o sexo da criança em idade escolar nos rácios da FACES IV, concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que não se verifica relação entre o sexo da criança em idade escolar e o funcionamento familiar. Todavia, foram as crianças do sexo masculino que obtiveram postos médios mais elevados em todos os rácios.

Tabela 31

Comparação dos rácios da FACES IV em função do sexo da criança em idade escolar segundo o teste U de Mann-Whitney (U)

Rácios da FACES IV	Sexo da Criança	N	Posto médio	Md	U	p
Rácio da Coesão equilibrada	Masculino	26	26,46	2,13	261,000	0,446
	Feminino	23	23,35	2,06		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	Masculino	26	25,12	1,73	296,000	0,952
	Feminino	23	24,87	1,72		
Rácio do Circumplexo Total	Masculino	26	25,90	1,92	275,500	0,638
	Feminino	23	23,98	1,88		

A comparação entre a posição na fratria da criança em idade escolar nos rácios da FACES IV, expostas na tabela 32, demonstra que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Porém, nos rácios da coesão e do circumplexo total, os 2.º filhos apresentaram valores de postos médios mais elevados e no rácio da flexibilidade, foram os 3.º filhos que apresentaram valores de rácio mais elevados. Contudo, apesar das diferenças constatadas, esta análise não permite inferir que exista relação entre a posição da criança na fratria e o funcionamento familiar.

Tabela 32

Comparação dos rácios da FACES IV em função da posição na fratria das crianças em idade escolar, segundo o teste de Kruskal-Wallis (H)

Rácios da FACES IV	Posição na fratria	N	Posto médio	Md	H	p
Rácio da Coesão equilibrada	1.º Filho	31	24,74	2,07	0,222	0,895
	2.º Filho	16	25,97	2,10		
	3.º Filho	2	21,25	1,97		
Rácio da Flexibilidade equilibrada	1.º Filho	31	23,87	1,73	1,199	0,549
	2.º Filho	16	25,97	1,71		
	3.º Filho	2	34,75	1,82		
Rácio do Circumplexo Total	1.º Filho	31	24,37	1,88	0,176	0,916
	2.º Filho	16	26,22	1,91		
	3.º Filho	2	25,00	1,89		

Após retirar as suas conclusões gerais, é fundamental que o investigador procure comparar os resultados obtidos no seu estudo com estudos realizados por outros autores, como se pode averiguar no próximo subcapítulo.

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa, o investigador analisa e interpreta os dados, destacando os resultados mais relevantes e comparando-os com pesquisas semelhantes. Segundo Fortin (2009), os resultados brutos só têm significado quando contextualizados numa discussão crítica. Para isso, foi elaborada uma visão global da amostra em estudo, seguida da análise individual de cada questão investigada, tendo em consideração os resultados do presente estudo e de estudos existentes.

Conforme referido anteriormente, a amostragem é do tipo não probabilística, tendo sido a amostra selecionada por conveniência, método que, apesar de facilitar o acesso aos participantes, pode comprometer a representatividade e a generalização dos resultados, pelo que é necessária uma certa ponderação, ao inferir resultados para a população em estudo (Fortin, 2009; Vilelas, 2022).

Ainda assim, este estudo permitiu traçar o perfil sociodemográfico de famílias com crianças em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, na equipa nuclear da enfermeira cooperante.

Relativamente ao familiar que preencheu o questionário, na grande maioria, foram respondidos por mães, embora quando se entregou o questionário, tenha sido referido que poderia ser preenchido pelo pai ou pela mãe. No entanto, verificou-se que de um total de 49 questionários, apenas 6 foram preenchidos pelo pai. Estes dados são corroborados por outros estudos (Benatti, Pereira, Santos e Paiva, 2020; Santos, 2022), onde a maioria ou mesmo a totalidade dos participantes (no caso do estudo de Santos, 2022) são mulheres. O relatório do Instituto Nacional de Estatística (INE), intitulado “Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal”, confirma os dados obtidos no presente estudo, ao indicar que as mulheres continuam a ser, na maioria dos casos, as principais responsáveis pelo acompanhamento dos filhos nos primeiros meses de vida, bem como pelos cuidados prestados a crianças e pessoas dependentes (INE, 2012).

Relativamente à idade dos progenitores da amostra, a média de idades das mães é de 41 anos e a dos pais é de 43 anos. Portanto, temos uma média de idades das mães inferior à média de idades dos pais. No entanto, de acordo com os dados do PORDATA pode verificar-se que as mulheres são mães cada vez mais tarde, com uma idade média no nascimento do primeiro filho de 31,6 anos (PORDATA, 2023). Sendo a maioria das crianças da amostra o

primeiro filho, pode afirmar-se que o estudo vai ao encontro da média de idades referidos no PORDATA.

Quanto ao número de filhos da amostra, a média observada é de 1,8 filhos. De acordo, com o “Inquérito à Fecundidade-2019” do INE, o contexto em que se vive pode influenciar, positiva ou negativamente, a intenção de ter filhos, reforçando a ideia de que a fecundidade é um fenómeno social. Famílias em situação de vulnerabilidade tendem a ter mais filhos e em idades mais precoces, em contraste com famílias inseridas em contextos socioeconómicos mais estáveis - como é o caso da amostra deste estudo. No entanto, a média de filhos encontrada na amostra, quando comparada com os dados do INE (1,54), revela-se superior, contrariando a tendência apontada, já que que as famílias da amostra apresentam condições socioeconómicas estáveis. (INE, 2021).

Por outro lado, o relatório da *United Nations Population Fund* (UNFPA) indica que o número de filhos desejado por uma mulher depende fortemente do país, da cultura e das influências sociais que sofreu. Mulheres com menos escolaridade ou rendimentos mais baixos tendem a ter mais filhos, ao contrário das que têm maior formação académica ou melhores condições socioeconómicas. Estas últimas, além de casarem mais tarde, têm maior autonomia na gestão da sua fertilidade, maior acesso a métodos contraceptivos e maior conhecimento sobre os seus efeitos, o que contribui para uma menor taxa de fecundidade (UNFPA, 2024).

Face ao exposto, é essencial continuar a investir em programas de planeamento familiar que sejam acessíveis a toda a população, contando com a ajuda do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva do SNS. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar desempenha um papel fundamental, ao proporcionar às famílias informações claras e adequadas, promovendo decisões mais conscientes e informadas, contribuindo para o aumento da literacia em saúde nesta área.

Outro aspeto a salientar diz respeito ao nível de escolaridade dos progenitores da amostra. Verifica-se que a maioria possui ensino superior, sendo os que apenas concluíram o ensino básico, os que se apresentam em menor número. Observa-se ainda que as mães apresentam, em média, um nível de escolaridade mais elevado, do que os pais. Estes resultados coadunam-se com os do INE (2021b), que apontam para uma taxa de escolaridade do ensino superior nas mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos. Tal evidência traduz uma tendência já consolidada em Portugal nas últimas décadas, resultante de uma maior participação feminina no ensino superior.

No entanto, outros estudos apresentam resultados distintos. Por exemplo, Santos (2022), encontrou um perfil oposto, sendo as mulheres as que apresentavam níveis de qualificação mais baixo. Esta discrepância pode ser explicada pela caracterização da amostra utilizada

nesse estudo - famílias acompanhadas por duas Instituições Particulares de Solidariade Social, o que sugere tratar-se de um grupo em situação de maior vulnerabilidade social e económica, com menor acesso a percursos de escolaridade prolongados. Importa, contudo, sublinhar que, segundo o INE (2021), apesar de as mulheres se destacarem no nível de escolaridade mais elevado, persiste também uma proporção superior de mulheres sem qualquer nível de escolaridade completo, revelando desigualdades internas entre diferentes grupos femininos.

Nesta amostra, observa-se um dado que contraria parcialmente a tendência nacional: verifica-se um número superior de homens com apenas o ensino básico, em comparação com as mulheres. Este resultado pode refletir especificidades do grupo estudado ou diferenças geracionais e de acesso ao ensino superior entre homens e mulheres, aspetos que merecem maior exploração em futuras investigações (INE, 2021).

É fundamental realçar que a educação é amplamente reconhecida como um dos principais determinantes sociais da saúde, exercendo influência direta sobre o bem-estar individual e coletivo (*World Health Organization*, 2019). Entre os diversos indicadores educacionais, a escolaridade materna assume particular relevância, sendo frequentemente associada a melhores indicadores de saúde infantil, tais como redução da mortalidade infantil, maior probabilidade de cumprimento do calendário vacinal e melhores condições nutricionais (UNICEF, 2020).

Tendo em conta os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, definidos pelas Nações Unidas, destaca-se a meta de assegurar uma educação inclusiva, equitativa e de qualidade (ODS 4), reconhecida como pilar essencial para a redução das desigualdades sociais, para a promoção da saúde e para a quebra dos ciclos de pobreza (ONU, 2023).

Quanto ao estado civil dos progenitores, verifica-se que a grande maioria é casada, existindo apenas um divorciado e quatro solteiros. Estes resultados diferem dos dados dos Censos 2021, que referem que, na população em geral, o número de pessoas solteiras supera o de casadas (INE, 2021). Uma possível explicação para esta discrepância reside nas características específicas da amostra em análise, constituída exclusivamente por pessoas com filhos, podendo exercer influência significativa sobre o estado civil. Esta hipótese, é corroborada por estudos sobre dinâmicas familiares, que evidenciam que a parentalidade está frequentemente associada à formalização de uniões conjugais, sobretudo em contextos socioeconómicos mais estáveis, embora essa tendência tenha vindo a diminuir nas últimas décadas, com uma crescente diversidade de estruturas familiares (Torres, 2020). Assim, a predominância de casados nesta amostra pode refletir tanto uma maior propensão à institucionalização da relação conjugal entre casais com filhos, como também uma maior

estabilidade familiar do grupo analisado em comparação com a população portuguesa em geral.

No que respeita ao tipo de família da amostra, na qual a criança em idade escolar está inserida, verifica-se que a maioria das famílias são nucleares, registando-se apenas uma família do tipo reconstruída, uma família alargada e cinco monoparentais. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Cruz (2021), que também identificou o predomínio das famílias nucleares. Contudo, Guerreiro (2018) denota que este tipo de famílias tem vindo a perder representatividade devido à tendência atual de novos tipos de famílias, como as monoparentais e as reconstruídas, reflexo das transformações sociais, da maior aceitação da diversidade conjugal e parental, bem como do aumento das taxas de divórcio. Contudo, a família nuclear continua a ser a predominante na sociedade portuguesa contemporânea, embora já não configure o modelo exclusivo. Dados do INE (2021c) confirmam o aumento da prevalência das famílias monoparentais nos últimos anos, sendo estas frequentemente compostas por uma mulher que assume o papel de cuidadora principal da criança. Esta realidade é igualmente observada na presente amostra, onde a maioria das famílias monoparentais têm, as mães como principais responsáveis, o que reforça a persistência de desigualdades de género na responsabilidade do cuidado (Wall & Amâncio, 2020).

No que concerne ao número de pessoas do agregado familiar, dados do PORDATA (2023) indicam que a média nacional é de 2,4 pessoas, tendo-se verificado uma tendência para a diminuição da média desde 2015, justificada pela redução da fecundidade, o envelhecimento demográfico e o aumento de agregados unipessoais em Portugal. Neste estudo, a média é de 3,7 pessoas, valor significativamente superior ao observado a nível nacional. Esta diferença pode ser explicada, por um lado, pelo número de filhos, cuja média é de 1,8 filhos e, por outro, pela existência de estruturas familiares alargadas.

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, verificou-se que a maioria das famílias auferem um rendimento entre 2000€ - 3000€, embora existam famílias nos extremos, isto é, umas com rendimento mensal inferior a 750€ e por outro lado, outras com um rendimento mensal superior a 4000€. De acordo com dados do INE (2022), a desigualdade de rendimentos continua a ser uma característica marcante da sociedade portuguesa, refletindo-se na coexistência de famílias em situação de vulnerabilidade económica e de famílias com maior capacidade financeira.

No que respeita aos dados de caracterização da criança relativamente à idade, sendo um critério de inclusão no estudo a criança estar em idade escolar, verifica-se que todas as crianças em que se centra o questionário têm idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, correspondendo assim aos critérios de inclusão inicialmente delineados.

Relativamente ao sexo das crianças em idade escolar, verificou-se que as crianças do sexo masculino apresentaram um número ligeiramente superior às do feminino. Também a nível nacional, segundo o PORDATA (2023), o sexo das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 9 anos é similar, sendo o número de crianças do sexo masculino ligeiramente superior (51,23%), o que vai ao encontro do presente estudo.

Relativamente ao funcionamento familiar, foram consideradas as diferentes dimensões propostas pela FACES IV, incluindo o cálculo das pontuações de cada subescala, a determinação dos respetivos percentis e a análise dos rácios relativos à coesão, flexibilidade e ao modelo circumplexo global.

Assim, verifica-se que a maioria das famílias da amostra se enquadra na tipologia de família “equilibrada”, apresentando níveis elevados de flexibilidade e coesão, e níveis baixos de desmembramento e caoticidade, ou seja, as subescalas “equilibradas” do FACES IV registaram médias mais altas, enquanto as “desequilibradas” apresentam médias mais baixas. Este padrão sugere um funcionamento familiar positivo, uma vez que, segundo o Modelo Circumplexo de Olson, níveis equilibrados de coesão e flexibilidade estão associados a dinâmicas familiares mais saudáveis e famílias mais funcionais, capazes de responder de forma eficaz às exigências do quotidiano e de se adaptar às mudanças (Olson e Gorall, 2006).

Os resultados obtidos são consistentes com os estudos de Neves (2024) e Cerveira (2015). O trabalho desenvolvido por Neves (2024) teve como objetivo analisar a coesão e a adaptabilidade de famílias com filhos adolescentes, considerando variáveis como o tipo de família, a fase da adolescência em que os jovens se encontravam, bem como as habilitações literárias dos pais. Os resultados evidenciaram que o perfil da amostra correspondia a uma tipologia de família equilibrada, uma vez que as subescalas associadas ao equilíbrio apresentaram valores médio-altos, enquanto as subescalas relativas ao desequilíbrio registaram pontuações baixas.

De forma similar, Cerveira (2015) analisou a perceção do funcionamento familiar em diferentes tipos de configuração familiar, tendo obtido resultados convergentes: as famílias da sua amostra apresentaram pontuações elevadas nas subescalas equilibradas e valores reduzidos nas subescalas desequilibradas, sendo, por esse motivo, classificadas como famílias equilibradas.

Dias (2001) destaca a relevância da comunicação, considerando-a uma característica fundamental do sistema familiar, com um papel essencial, tanto na qualidade das relações entre os seus membros, como nas interações que estes mantêm com o meio social. A comunicação é entendida como um elemento intrínseco ao indivíduo e indissociável das dinâmicas familiares e sociais. Neste sentido, considerando que a comunicação desempenha

um papel fundamental na promoção de um bom funcionamento familiar, seria expectável que, famílias com pontuações altas nas subescalas equilibradas e baixas nas desequilibradas, apresentassem também resultados elevados nesta dimensão. Assim, os resultados do presente estudo, confirmam essa expectativa, dado que as famílias da amostra apresentam níveis muito altos e altos na perceção da sua comunicação. Estes resultados corroboram com o artigo de Olson, Waldvogel e Schlieff (2019) que refere que famílias equilibradas têm uma comunicação mais positiva, favorecendo a expressão emocional, a resolução de conflitos e a satisfação familiar.

Relativamente à satisfação familiar nesta subescala, observa-se que as famílias se situam maioritariamente num nível moderado de satisfação, seguindo-se o nível baixo, ainda que com valores menos expressivos. Os resultados obtidos são consistentes com o estudo de Neves (2024) e Neves (2015), que identificaram padrões semelhantes. Segundo Neves (2015), a reduzida satisfação familiar apresentada pelos participantes poderá ser justificada por múltiplos fatores relacionados com o funcionamento da família, por pressões externas (económicas, laborais ou sociais), ou por acontecimentos críticos específicos, percecionados como desestabilizadores da dinâmica familiar. Adicionalmente, o Modelo Circumplexo sustenta que níveis mais baixos de satisfação familiar estão frequentemente associados a desequilíbrios na coesão e na flexibilidade, que comprometem a capacidade de adaptação da família a mudanças ou gestão de conflitos de forma eficaz (Olson, 2011). Assim, a satisfação familiar, ainda que moderada, deve ser compreendida como um indicador relevante da qualidade do funcionamento global do sistema familiar.

A análise dos percentis das restantes subescalas do FACES IV demonstrou que, nas subescalas equilibradas, os níveis observados situam-se maioritariamente entre intermédios e elevados, enquanto nas subescalas desequilibradas predominam níveis baixos ou muito baixos. Este padrão é consistente com o Modelo Circumplexo de Olson, que associa níveis equilibrados de coesão e flexibilidade a maior funcionalidade familiar, enquanto níveis elevados nas dimensões desequilibradas tendem a estar ligados a dificuldades de adaptação, comunicação e gestão de conflitos (Olson & Gorall, 2006; Olson, 2011).

Assim, os resultados obtidos indicam que as famílias da amostra apresentam uma dinâmica familiar saudável, possuindo a flexibilidade necessária para enfrentar desafios e mudanças.

Quanto aos rácios de coesão, flexibilidade e do modelo circumplexo total, verificaram-se médias superiores a um, o que indica claramente que a maioria das famílias analisadas apresenta um funcionamento equilibrado, em conformidade com o que é proposto por Olson (2011). Estes resultados coadunam-se com os resultados do estudo de Cruz (2021), que apesar de ter trabalhado com uma amostra distinta – famílias com filho adulto com deficiência,

têm resultados similares ao presente estudo, sendo também apontadas como famílias equilibradas, evidenciando que características específicas da amostra não comprometem necessariamente a funcionalidade familiar. Estes resultados vão ao encontro dos estudos desenvolvidos por Dodd, Zabrieski, Widmer e Eggett (2009), que demonstraram que o funcionamento das famílias cujo filho não possui nenhuma deficiência é semelhante ao das famílias com filho com deficiência, sugerindo que o equilíbrio familiar não depende exclusivamente da presença ou ausência de necessidades especiais, mas sim de fatores estruturais e funcionais, como coesão, flexibilidade e qualidade da comunicação.

No que diz respeito aos dados relativos à análise inferencial do presente estudo, pode concluir-se que:

- O nível da escolaridade do pai tem influência na coesão e na flexibilidade familiar, ou seja, as famílias cujo progenitor possui ensino secundário ou ensino superior tendem a perceber-se como famílias mais funcionais. Por outro lado, o nível de escolaridade da mãe não demonstrou qualquer influência na percepção do funcionamento familiar.

- O estado civil dos progenitores tem influência no funcionamento familiar, pois os progenitores com estado civil de casado/união de fato, encontram-se em famílias mais coesas e com maior flexibilidade. Por outro lado, os progenitores com estado civil de divorciados, tendem a estar inseridos em famílias desmembradas, ou seja, disfuncionais.

- O tipo de família influencia a percepção das famílias nas subescalas coesão equilibrada, flexibilidade equilibrada e desmembrada. As famílias nucleares percebem-se como sendo mais funcionais em relação às famílias monoparentais, tendo sido encontradas diferenças ao nível da coesão, flexibilidade e desmembramento. Este resultado está em consonância com um estudo desenvolvido por Shek, Xie e Lin, (2015), cujo objetivo foi analisar as diferenças no funcionamento familiar entre famílias nucleares e outras formas de estrutura familiar, tendo concluído que o funcionamento das famílias nucleares tende a ser mais positivo, comparativamente com outras configurações familiares. Por outro lado, o estudo de Almeida (2014), que analisou a percepção de pais e filhos adolescentes sobre o funcionamento familiar em diferentes tipos de famílias, concluiu que não há diferenças estatisticamente significativas entre as várias configurações familiares, embora as famílias nucleares intactas apresentem resultados mais positivos. Em relação às famílias monoparentais, observam-se fragilidades em aspetos como coesão, flexibilidade, comunicação e saúde familiar, sendo frequentemente vistas como mais desmembradas e disfuncionais. Estes padrões podem ser explicados por desafios intrínsecos a este tipo de configuração familiar, como a ausência de um dos progenitores, o que pode levar à parentificação, geralmente do filho mais velho; a sobrecarga parental; a necessidade de conciliar múltiplos papéis e a menor disponibilidade de apoio social

e económico, afetando o seu desenvolvimento e satisfação familiar. Grzybowski (2003) corrobora estes achados, destacando que, em comparação com famílias nucleares ou equilibradas, as famílias monoparentais tendem a apresentar níveis mais baixos de coesão e flexibilidade, o que pode impactar a capacidade de adaptação às mudanças e o bem-estar dos membros da família. Alarcão (2002) refere que famílias monoparentais tendem a apresentar maior coesão e dificuldades na comunicação, embora isso não se verifique neste estudo. Já Lucas (2012) indica que mães em famílias monoparentais, especialmente com menos filhos e maior bem-estar psicológico, percebem a sua família de forma mais positiva. Contrariamente a estes resultados, no estudo de Cruz (2021), cujo objetivo foi estudar o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência, ao contrário do que se poderia esperar, não se verificou existência de relação entre o tipo de família e o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência.

- O rendimento do agregado familiar tem influência nas subescalas coesão equilibrada, desmembrada e flexibilidade equilibrada. Famílias com rendimentos entre 3000€ e 4000€ percecionam-se como mais coesas e flexíveis do que as que auferem rendimentos entre os 750€ e os 1000€, onde existe uma perceção da família como mais desmembrada. Relativamente à relação entre os rendimentos familiares e o nível de satisfação, no presente estudo não se verificou existência de relação. No entanto, diversos estudos indicam que as famílias com rendimentos mais elevados tendem a apresentar maiores níveis de satisfação. A disponibilidade de recursos económicos mais amplos no seio familiar pode contribuir para a diminuição do *stress* e o reforço do sentimento de pertença, o que, por sua vez, está indiretamente associado a uma maior satisfação familiar (King, Boyd & Thorsen, 2015 como referido por Cerveira, 2015).

CONCLUSÃO

A reflexão sobre a saúde familiar evidencia o seu carácter profundo e multifacetado. Para além da dimensão biológica, envolve aspetos emocionais, relacionais, sociais e culturais que moldam cada família ao longo do seu percurso de vida. Integrar a família no seu contexto sociocultural é, portanto, essencial para compreender verdadeiramente a dinâmica familiar. As transições que ocorrem ao longo do ciclo vital desafiam constantemente o equilíbrio familiar, exigindo dos enfermeiros de família uma visão holística e sensível às singularidades de cada agregado. Neste sentido, a enfermagem de saúde familiar assume-se como o pilar fundamental, ao colocar a família no centro do cuidado, e ao articular conhecimento científico, competências relacionais e ferramentas práticas que potenciam a qualidade dos cuidados.

No percurso profissional, desenvolvido nos Cuidados de Saúde Primários, a mestranda teve oportunidade de contactar diariamente com famílias em diferentes fases do seu ciclo vital, compreendendo de forma prática os desafios e necessidades que atravessam. A experiência clínica vivenciada nos estágios teve um papel determinante na sua formação enquanto futura Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar. Este processo permitiu consolidar competências na área dos cuidados centrados na família, recorrendo a referenciais conceptuais e a instrumentos de avaliação familiar, o que possibilitou o desenvolvimento do processo de enfermagem centrado nos cuidados dirigidos às famílias, permitindo potenciar e aprofundar as suas competências neste âmbito, reforçando a capacidade de compreender a família como um sistema dinâmico e único, promovendo a sua saúde e defendendo o seu equilíbrio ao longo dos diversos tipos de transição.

A interação com as famílias revelou, inicialmente, a dificuldade em estabelecer relação de confiança, uma vez que muitas privilegiavam o contacto com a sua enfermeira de referência. Esta realidade demonstrou a complexidade inerente à criação de vínculos terapêuticos e destacou a importância de desenvolver competências relacionais sólidas. No entanto, ao longo dos estágios, verificou-se um progresso gradual na capacidade de comunicação e na construção da relação de confiança, permitindo avaliações mais aprofundadas e intervenções mais eficazes. Este percurso reflete a necessidade de uma prática reflexiva contínua, que reconheça os desafios inerentes à integração no contexto familiar e fomente estratégias que favoreçam a colaboração e o envolvimento ativo das famílias nos cuidados.

A consecução dos objetivos definidos para este trabalho revelou-se eficaz, tanto na vertente clínica, como na investigação. A análise crítica das atividades clínicas desenvolvidas demonstrou a aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do EEESF, traduzindo-se numa prática fundamentada, reflexiva e centrada na promoção da saúde familiar.

No âmbito da investigação, o estudo realizado permitiu desenvolver competências em investigação quantitativa, traçar um perfil sociodemográfico de famílias com crianças entre os 6 e os 10 anos, e caracterizar o funcionamento familiar, analisando simultaneamente a influência dos fatores sociodemográficos. Os resultados mostraram famílias maioritariamente nucleares, com níveis equilibrados de coesão, flexibilidade e comunicação, evidenciando um funcionamento saudável. Foi ainda possível verificar que variáveis como a escolaridade do pai, o estado civil, o tipo de família e o rendimento influenciam a perceção da dinâmica familiar, reforçando a pertinência de uma abordagem diferenciada e adaptada às especificidades de cada agregado.

Estes resultados sublinham a importância da intervenção do enfermeiro especialista na avaliação e promoção de práticas que fortaleçam vínculos, resiliência e bem-estar das famílias. Tal evidência sustenta a prática clínica e contribui para a produção de conhecimento útil e aplicável na área da saúde familiar.

Contudo, o estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra, que inviabiliza a generalização dos resultados à restante população portuguesa, e o recurso exclusivo a questionários de autorresposta, funcionando como medidas indiretas e refletindo exclusivamente a perceção de um dos progenitores. Para investigações futuras, considera-se pertinente recorrer a metodologias complementares, como a observação em contexto familiar, e integrar outras fontes de informação (família alargada, outro progenitor, filhos ou amigos), possibilitando uma visão mais abrangente e completa da realidade familiar. A realização de estudos longitudinais também seria relevante para compreender a evolução das relações de causalidade entre coesão, flexibilidade e comunicação ao longo do ciclo vital.

De forma mais ampla, este relatório reforça a necessidade de produzir mais evidência científica em Enfermagem de Saúde Familiar a nível nacional, promovendo o incremento de registos e da criação de indicadores que traduzam os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do EEESF. Sugere-se o desenvolvimento de estudos centrados na prática dos enfermeiros de família, focando esta como unidade de cuidado e aproximando a prática da teoria, de modo a clarificar variáveis que influenciam a intervenção.

Acresce a importância do investimento contínuo na formação e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros de saúde familiar, bem como o cumprimento das dotações seguras definidas pela OE para os CSP, garantindo condições que favoreçam a prestação de cuidados seguros e de qualidade, ajustados à complexidade e às necessidades das famílias. Por fim, recomenda-se a implementação de uma consulta de enfermagem de saúde familiar, dirigida especificamente às famílias, potenciando a proximidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Não obstante às limitações acima referidas, considera-se que o presente trabalho constitui um contributo significativo para a compreensão do funcionamento familiar, tal como percecionado por pais com filhos em idade escolar, ao mesmo tempo que reforça a aquisição das competências clínicas e investigativas inerentes ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S., & Wall, K. (2002). Tipos de família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37(163), 475-506. <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2002163.05>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2020). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020/2021*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS>
- Alarcão, M. & Relvas, A. P. (2002). *Novas formas de família* (2ªed.). Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ªed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, I. (2014). *Configuração familiar, perceção de funcionamento familiar e autoconceito adolescente*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Amaro, F. (2014). *Sociologia da família*. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52, 211-229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023a). *USF*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023b). *IDG Unidade Funcional*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Bello, L. & Marra, M. M. (2020). O fenómeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. *Revista Brasileira Psicodrama*, 28 (2), 118-130.
- Benatti, A. P., Pereira, C. R., Santos, D. C. & Paiva, I. L. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24 (2), 130-141. <https://doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Centro de Documentação e Informação. (2024). *Guia para a realização de citações em texto e referência bibliográficas – Norma APA, 7ª Edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Cerveira, C. M. (2015). *Funcionamento das famílias – Perceção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Conselho Pedagógico. (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cruz, M. F. (2021). *O funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório aberto do Instituto Politécnico da Guarda.
- Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de abril. (1998). Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: 1ª série*, n.º 93, 1739-1757
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. (2007) Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem. *Diário da República: 1ª série*, n.º 161, 5587-6767.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/161-2007-126271>
- Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho. (2017). Alteração do regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República: 1ª série*, n.º 118, 3128-3140.
<https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Dodd, D. H., Zabrieski, R. B., Widmer, M. A., & Eggett, D. (2009). Contributions of Family Leisure to Family Functioning Among Families that Include Children with Developmental Disabilities. *Journal of Leisure Research*, 41 (2), 261-286.
<https://doi.org/10.1080/00222216.2009.11950169>
- Figueiredo, M., H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H. & Moreira, S. M. (2009). Cuidar a família: da concepção à documentação dos cuidados. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), 57-64.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

- Figueiredo, M. H. (2023a). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Instrumentos de Avaliação Familiar. EM M.H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (p.344). Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. (5ª ed., trad. N. Salgueiro). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e família*. (1.ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., Miranda, M. P. & Candeias, M. J. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 38(1), 111-126. <https://doi.org/10.14417/ap.1651>
- Guerreiro, M. D. (2018). Estruturas familiares e contextos sociais. In L. Rebelo (Org.), *A família em Medicina Geral e Familiar: Conceitos e práticas* (pp. 21–40). Coimbra: Almedina.
- Guisso, L. (2016). Famílias com filhos pequenos e a transição para a escolaridade: uma compreensão sistêmica. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0415.pdf>
- Hameister, B. R., Barbosa, P. V., & Wagner, A. (2015). Conjugalidade e parentalidade: Uma revisão sistemática do efeito spillover. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 140-155 https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672015000200011&script=sci_abstract
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hidalgo, M. V., López, I. V., & Sánchez, J. H. (2004). Perfil de las familias usuárias de servicios sociales comunitários. *Portularia*, 4, 95–102.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal, 2001-2011*. INE, Portugal: Lisboa. ISBN 978-989-25-0190-1
- Instituto Nacional de Estatística (2021a). *Censos 2021 – Resultados definitivos*. Lisboa: INE. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2021b). *Taxa de escolaridade do nível de ensino superior (Série 2021-%) da população residente com idade entre 25 e 64 anos por Local de residência (NUTS 2013), Sexo e Grupo Etário; Anual*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2021c). *Famílias clássicas monoparentais (Série 2011, nº), por Sexo; Anual*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Rendimento e condições de vida 2022*. Lisboa: INE.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2020). *IFNA Position Statement on Planetary Health and Family Health*. <https://internationalfamilynursing.org/2020/04/18/ifna-position-statement-on-planetary-health-and-family-health/>
- Lucas, M. (2012). *Forças nas famílias monoparentais femininas*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1605472119.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, A. T., & Alarcão, M. (2014). Beyond the family life cycle: Understanding family development in the twenty-first century through complexity theories. *Family Science*, 5(1), 52-59. <https://doi.org/10.1080/19424620.2014.933743>
- Mosmann, C., Costa, C. B. D., Silva, A. G. M. D., & Luz, S. K. (2018). Filhos com sintomas psicológicos clínicos: papel discriminante da conjugalidade, coparentalidade e parentalidade. *Temas em Psicologia*, 26(1), 429-442. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-17Pt>
- Maroco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber. ISBN 978-989-96763-74.
- Martins, A. R. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra]. Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes: Growing diversity and complexity* (3.ª ed., pp. 514-547). New York: Guilford.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2006). FACES IV & the Circumplex Model. In D. H. Olson & J. W. Tiesel (Eds.). *FACES IV package: Administration* (pp. 1–15). *Life Innovations, Inc.*
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 37 (1), 64-80. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x

- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211. <https://doi.org/10.1111/jftr.12331>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/conteudos/resumo-mimo-de-dados-e-core-de-indicadores-de-enfermagem/>
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo>
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (s.d.). Objetivo 4: Educação de qualidade. Recuperado em 1 de maio de 2025, de <https://unric.org/pt/objetivo-4-educacao-de-qualidade-2/>
- ONU (2023). Internacional day of families 15 may. <https://www.un.org/en/observances/international-day-of-families>
- Pires, E. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório aberto do Instituto Politécnico de Bragança.
- PORDATA. (2022). *Municípios. População*. <https://www.pordata.pt/municipios/familias+segundo+os+censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>
- PORDATA. (2023). *Estatísticas. População*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
- Rebelo, L. (2018). *A Família em medicina geral e familiar: Conceitos e práticas*. Coimbra: Almedina.

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: 2.ª série, n.26*, 4744-4750.
- Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: 2.ª série, n.124*, 17384-17391.
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República: 2.ª série, n.135*, 19354-19359.
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: 2.ª série, n.º 184*, 128-155.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*, (3ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspetiva Sistémica* (4ª ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. (2ª ed). Coimbra: Quarteto
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E., & Máiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 113-120. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n2a3>
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Máiquez, M. L., & Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-368-2231-1.
- Santos, F., Marcelino L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 49, 153-171. <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-OCuidadoHumanoTransicionalComoFocoDaEnfermagemCont-7578761.pdf>
- Santos, I. A. (2022). *Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade Pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório aberto do Instituto Politécnico da Guarda.

- Serviço Nacional de Saúde. (2017). Recomendação n.º 2 de 25 de agosto de 2017. *Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf
- Shek, D. T., 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), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fped.2014.00149>
- Silva, E. S. A. (2019). *A pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: construção de um instrumento de avaliação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório aberto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Torres, A. (2020). *Famílias no século XXI: desafios e mudanças em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Turunen, J. (2013). Family structure, gender, and adolescent emotional well-being. *Journal of Divorce & Remarriage*, 54(6), 476-504. <https://doi.org/10.1080/10502556.2013.810982>
- UNFPA (2024). *Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights*. Relatório de População do Mundo 2024. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-english-240327-web.pdf>
- UNICEF. (2020). *The State of the World's Children 2020: Children, food and nutrition*. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2020>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Wall, K., & Amâncio, L. (2020). *Famílias e género em Portugal: Mudanças e continuidades*. Coimbra: Almedina.
- Weeks, J. R. (2015). *Population: An introduction to concepts and issues* (12ª ed). Cengage Learning.
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª edição). Lisboa: Roca Editora.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707>

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento de colheita de dados



QUESTIONÁRIO

Nº _____

“Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar”

Sou enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Lousã e estou a frequentar o 2ºano, do 2º Curso de Mestrado de Saúde Comunitária, na área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).

No âmbito do Estágio com relatório, propus-me realizar o presente trabalho de investigação, este pretende avaliar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar. Para tal, peço o preenchimento do presente questionário com dados sociodemográficos e a Escala de Avaliação da Flexibilidade 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.

As respostas são confidenciais e destinam-se apenas à elaboração do presente estudo.

Agradeço desde já, a atenção dispensada.

PARTE I – Dados sociodemográficos

1. Familiar que preenche o questionário _____

2. Idade Progenitores

- Mãe
- Pai

3. Nível de escolaridade

- | PAI | | MÃE | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| • Ensino básico | <input type="checkbox"/> | • Ensino básico | <input type="checkbox"/> |
| • Ensino secundário | <input type="checkbox"/> | • Ensino secundário | <input type="checkbox"/> |
| • Ensino superior | <input type="checkbox"/> | • Ensino superior | <input type="checkbox"/> |

4. Estado civil

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

5. Profissão Progenitores

- Mãe
- Pai

6. Tipo de família

- Nuclear [Família com 2 progenitores e filho(s)]
- Reconstruída [Família com um progenitor, filho(s) e companheiro(a) do progenitor]

- Alargada [Família com progenitores, filho(s) e outro(s) familiar(es)]
- Monoparental [Família com um progenitor e filho(s)]

7. Número de pessoas que constituem o agregado familiar

8. Número de filhos

9. Rendimento Mensal do agregado familiar €

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA (com idade entre os 6-10 anos, inclusive)

10. Idade da criança anos

11. Sexo

- Feminino
- Masculino

12. Posição na fratria

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

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

Versão original de Gorall, Tiesel e Olson (2004)

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

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

Por favor, não deixe questões por preencher.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros.					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas.					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					

10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo juntos.					
11. Existem conseqüências claras quando um membro da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns nos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas.					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					
22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					

27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas.					
30. Não há liderança na nossa família					
31. Apesar de os elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares.					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. Na nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando 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					
	Muito insatisfeito	Algo insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
53. O grau de proximidade entre os elementos da família.					
54. A capacidade da família lidar com o <i>stress</i> .					
55. A capacidade da família para ser flexível.					
56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas.					
57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família.					
58. A capacidade da família para resolver conflitos.					
59. O tempo que passamos juntos enquanto família.					
60. A forma como os problemas são discutidos.					
61. A justiça das críticas na família.					

62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros.					
--	--	--	--	--	--

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2 - Tabela de conversão de valores brutos em percentuais das subescalas equilibradas

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

APÉNDICES

APÊNDICE 1 - Dia internacional das famílias



"A família é quem a pessoa indica que é,
corresponde
aos elementos que a pessoa indica que são a sua
família."
Hanson (2005)



Trabalho realizado por Clara Isabel Serra Dias, no âmbito da Unidade curricular Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a orientação do Professor Doutor Armando Silva e do Enfermeiro Cooperante Especialista (



O QUE É O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA?

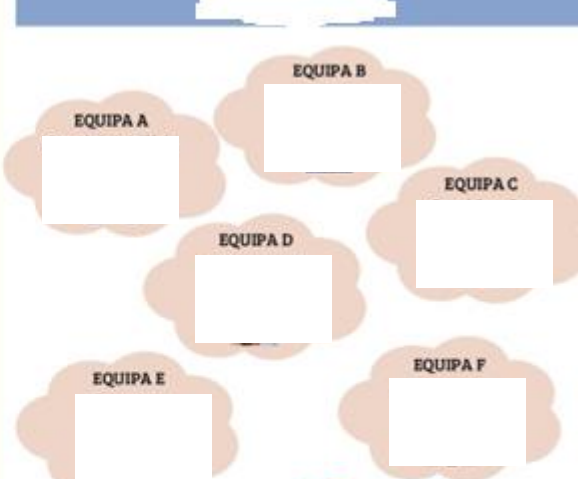

É o profissional responsável pela prestação de cuidados globais de enfermagem a um grupo de famílias ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Atua também...

- na promoção e proteção da saúde;
- na prevenção da doença;
- como agente facilitador, na vivência de transições ao longo do ciclo vital dos indivíduos e família, capacitando-os para o desenvolvimento de competências;
- na gestão e organização de recursos com vista à promoção da autonomia do indivíduo e/ou família a quem presta cuidados.

É, para cada família, a referência e o suporte qualificado que responde às suas necessidades, em conjunto com uma equipa multidisciplinar !

QUEM SÃO OS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA DA



APÊNDICE 2 - Consentimento Informado apresentado aos participantes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



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

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Designação do estudo

Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar

Local

USF

Objetivo do estudo

Caraterizar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar;
Analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar.

Explicação do estudo

Eu, Clara Dias, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), encontro-me a realizar um trabalho de investigação com título e orientação supracitada que tem como objetivos: caraterizar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar; e, analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar.

Assim, solicita-se a sua colaboração no presente estudo, na expectativa que o mesmo possa contribuir para a compreensão do funcionamento familiar das famílias com filhos em idade escolar (idade compreendida entre os 6 e os 10 anos, inclusive), e consequentemente, para a melhoria das práticas de enfermagem às famílias, que se encontram nesta fase de transição do ciclo de vida familiar.

Deste modo, este documento tem o intuito de solicitar a sua colaboração para o preenchimento de um questionário dividido em duas partes: a primeira para recolha de dados sociodemográficos e a segunda é

Doc CE_5 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Enviar para ces@arscentro.min-saude.pt

constituída pela Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar - FACES IV (versão portuguesa de Sequeira et al., 2015). Para a descrição fiel dos dados fornecidos são cumpridos os procedimentos ético-deontológicos decorrentes de um estudo de investigação pois a recolha de dados é iniciada após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnC, bem como do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Centro.

Condições e financiamento

A sua colaboração é essencial, mas voluntária e, na eventualidade de não aceitar participar, não haverá qualquer prejuízo na qualidade dos cuidados médicos a si prestados. O estudo citado acima não lhe causará nenhum tipo de prejuízo ou risco, nem qualquer despesa ou benefício monetário. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua realidade. Peço que responda de forma atenta e sincera. Tem o direito de recusar responder a alguma questão do questionário, ou abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de dano. Se assim o desejar, ser-lhe-á fornecido maior detalhe científico sobre o tema abordado e qualquer questão que queira colocar será prontamente esclarecida pela equipa de investigação. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional do Centro. Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.

Confidencialidade e anonimato

O questionário será entregue presencialmente e individualmente pela enfermeira cooperante e investigadora e é de autopreenchimento, não sendo solicitada qualquer identificação. Quando preenchido será entregue à enfermeira cooperante ou à investigadora. Todos os questionários serão codificados, e os dados obtidos bem como a lista de descodificação, serão exclusivamente do conhecimento da mestranda e da Enfermeira Orientadora Cooperante. Garante-se total anonimato e confidencialidade quanto à identidade dos participantes e à informação obtida, sendo esta utilizada apenas para fins académicos e de investigação e destruída após término da investigação.

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

O/A investigadora responsável

Nome: Clara Isabel Serra Dias
Email: claraisd@hotmail.com
Telemóvel: 912111078

Assinatura

Identificação do/a participante

Nome: _____

Participante

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

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

VERSÃO ELETRÓNICA

O questionário deve começar com os seguintes itens:

- Declaração de boas-vindas ao questionário;
- Indicação dos responsáveis pelo questionário;
- Referência à aprovação pela Comissão de Ética da ARSC;
- Breve descrição da organização do questionário;
- Apresentação dos objetivos do projeto;
- Referência à garantia da confidencialidade dos dados que forem recolhidos e que ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados do estudo.

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

- 1 Compreendi os objetivos deste inquérito, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e aceito participar de forma livre e esclarecida.
 Sim
 Não
- 2 Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste inquérito, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.
 Sim
 Não
- 3 Tendo em conta que é garantido o anonimato, aceito que os dados fornecidos sejam utilizados para análise estatística e que os resultados deste estudo possam ser partilhados com a comunidade científica.
 Sim
 Não

APÊNDICE 3 - Autorização do Coordenador da USF para realização do estudo

Exmo. Sr. Coordenador
da Unidade de Saúde Familiar,
Dr.

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Título do Estudo: "Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar"

Mestranda: Clara Isabel Serra Dias

Orientadores Científicos: Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva e, Orientadora Cooperante: Enfermeira Mestre e Especialista

Eu, Clara Isabel Serra Dias, a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar Estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF). Deste modo, venho por este meio solicitar a vossa Excelência, Coordenador da USF, autorização para a realização de um trabalho de investigação na sua unidade, com título e orientação supracitada, no decorrer do próximo período de estágio (março de 2024 a junho de 2024).

Os indivíduos em estudo serão famílias com filhos em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, inclusive, inscritos na USF, que aceitem participar no estudo. Como método de colheita de dados será aplicado um questionário, de autopreenchimento, em consulta de enfermagem na unidade funcional ou no domicílio.

Os objetivos do referido estudo são: caracterizar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar e analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade das famílias, de forma a perceber se estas se encontram aptas para gerir as situações de crise e vivenciar transições com sucesso. Assim, pretendo contribuir para o aumento do conhecimento científico em Enfermagem de Saúde Familiar e, para a melhoria das práticas de Enfermagem na fase de transição do ciclo vital familiar mencionada anteriormente.

Considero importante salientar que a investigação que me proponho realizar não causará nenhum prejuízo ou risco aos participantes, nem qualquer despesa ou benefício monetário. Garante-se total anonimato e confidencialidade quanto à informação obtida, sendo esta utilizada apenas para fins académicos e destruída após conclusão do estudo.

Será submetido também pedido para realização do estudo de investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 03 de novembro de 2023




Clara Isabel Serra Dias

Admitido
10/11/2023
Quint

APÊNDICE 4 - Autorização da autora para utilização da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar-FACES IV

(Autorização da autora para utilização da Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar-FACES IV)

 Clara Dias
Para
Cc: Armando
Seg, 06/11/2023 10:41

Exma. Prof. Dra. Jc _____, ira,

Eu, Clara Dias, Enfermeira, estudante do 2ºano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado de : "Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar", sob a orientação do Prof. Dr. Armando Silva. Neste sentido, gostaria de utilizar a escala de FACES IV (Escala de Avaliação da Coesão e Flexibilidade Familiar) neste estudo, visto ser a escala mais pertinente e adequada ao mesmo. Assim, venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para a utilização da referida escala adaptada, traduzida e validada para a população portuguesa.

Sem outro assunto,

Grata pela atenção dispensada, aguardo resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Clara Dias

 Jo
Para: Você
Seg, 06/11/2023 22:04

 FACES IV_def_2021.pdf
103 KB

 Family_Adaptability_and_Coh...
709 KB

2 anexos (898 KB)  Salvar tudo no OneDrive  Baixar tudo

Olá Clara
Sim, pode Usar. Envio o artigo de validação.
Depois partilhe os resultados

Abraço
JS

APÊNDICE 5 - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer n.º P993_12_2024

Título do Projeto: "Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar"

Identificação das Proponentes:

Nome(s): Clara Isabel Serra Dias

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Mestrado em Enfermagem Comunitária

Investigador Principal: Armando Manuel Marques Silva, I

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

A família representa um dos pilares da sociedade e constitui o contexto primário e privilegiado de socialização. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desempenha um papel fundamental na avaliação e intervenção com as famílias.

De acordo com os autores, o presente estudo visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para o aumento do conhecimento científico na área da enfermagem de saúde familiar, evidenciando a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Como objetivos específicos os autores pretendem caracterizar a coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar e analisar a influência dos fatores sociodemográficos, na coesão e flexibilidade das famílias com filhos nesta idade. O projeto decorrerá entre março e julho de 2024, sendo nos meses de abril e maio que decorrerá a colheita de dados.

O estudo é definido como um estudo de abordagem quantitativa, descritivo-correlacional e transversal em que a população que será alvo deste estudo será composta por famílias com filhos em idade escolar que coabitam com as mesmas, inscritos no ficheiro da equipa nuclear da enfermeira tutora da USF Mondego. Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se definidos pelos autores assim como os instrumentos de recolha de dados. A confidencialidade e autonomia dos participantes está salvaguardada.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, não obstante a necessidade para a concretização do estudo do parecer favorável da comissão de ética da ARS.

O relator:

Assinado por: #
Num. de Identif
Data: 2024.01.24 09:35:52+0000'

Data: 24/01/2024

A Presidente da Comissão de Ética:

Assinado por: M
Botelho
Num. de Identif



APÊNDICE 6 - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: <u>favorável</u>	DESPACHO: <i>Henriqueta</i> <i>30.01.2024</i> <i>Vogal</i> <small>Em suplência do Conselho Diretivo, nos termos do art.º 42.º do Código do Procedimento Administrativo</small>
---	---

ASSUNTO: 161-2023 - Coesão e flexibilidade das famílias com filhos em idade escolar

Refere que a voluntariedade está assegurada.

Para a utilização do instrumento tem autorização do autor.

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

Assim, o parecer é favorável.

A Relatora: Dra. _____ O Presidente da CES: Prof. Doutor f _____

Assinado por: +
Num. de Identif.
Data: 2024.01.27 11:13:18+00'00'