

# Mestrado em Enfermagem Comunitária

Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos

COMPETÊNCIAS PARENTAIS E SOCIOEMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR. UM ESTUDO COM FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE

fev | 2022

GUARDA  
POLI  
TÉCNICO





**Escola Superior de Saúde**

**Instituto Politécnico da Guarda**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**COMPETÊNCIAS PARENTAIS E SOCIOEMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM  
IDADE PRÉ-ESCOLAR. UM ESTUDO COM FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE  
VULNERABILIDADE.**

Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos

2022





**Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico da Guarda**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**COMPETÊNCIAS PARENTAIS E SOCIOEMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM  
IDADE PRÉ-ESCOLAR. UM ESTUDO COM FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE  
VULNERABILIDADE.**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos

**Orientador:** Professora Doutora Agostinha Esteves Melo Corte

**Coorientador:** Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino



*“A mão que embala o berço é a mão que governa o mundo”*

*Abraham Lincoln (s.d.)*



*Aos meus filhos, Afonso e Íris, pelo amor incondicional.*

*Que eu saiba ser a mão que vos embala para o mundo.*



## **AGRADECIMENTOS**

A concretização de mais uma etapa desta complexidade só foi possível com o apoio e dedicação de pessoas muito especiais, que souberam estar presentes nos momentos mais difíceis e às quais não poderia deixar de agradecer.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Agostinha Esteves Melo Corte e à minha Coorientadora Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, pela dedicação, pelo apoio incansável, pela total disponibilidade e por me motivarem constantemente a fazer mais e melhor!

Às Instituições Particulares de Solidariedade Social e seus coordenadores que, apesar de permanecerem anónimos neste estudo, sem a sua colaboração não seria possível a concretização desta investigação! Obrigada pelo trabalho diário que desenvolvem junto destas famílias.

Aos meus amigos de coração.

À minha família. O meu pilar, a minha força, que sempre me ajudaram a ultrapassar as horas de desânimo, de cansaço, que sempre souberam escolher a palavra certa para me transmitir.

Um obrigada especial aos meus pais, por tudo!

Aos meus filhos, por amarem incondicionalmente a mãe e por me fazerem sorrir mesmo quando não podia despende do meu tempo para brincar com eles.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional!

Este trabalho também é vosso!



## RESUMO

**Enquadramento:** Reconhecendo a importância da parentalidade positiva no desenvolvimento infantil, atualmente a promoção das competências parentais têm vindo a ser amplamente investigadas quanto à sua influência positiva nas competências socioemocionais da criança. Desenvolver estas competências na fase crucial de desenvolvimento, entre os 3 e 5 anos de idade, tem repercussões futuras na sua saúde, principalmente no âmbito da saúde mental, mas também no desenvolvimento de adultos mais proativos na promoção da sua saúde. A família, como berço do desenvolvimento da criança, tem um papel preponderante nestas variáveis e a sua coesão e adaptabilidade podem condicionar a forma como os pais desenvolvem as suas competências parentais. Todo este enquadramento ganha outra dinâmica e significância quando estamos perante famílias em contexto de vulnerabilidade. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária caracterizar a situação destas famílias em situação de vulnerabilidade, no sentido de desenhar programas de promoção da saúde, individual e coletiva, empoderando estas famílias para conseguirem ultrapassar as possíveis barreiras ligadas aos determinantes sociais da saúde, através de ações delineadas em conjunto com a Comunidade e os demais intervenientes.

**Objetivos:** Este estudo teve como principal objetivo caracterizar famílias em contexto de vulnerabilidade com filhos em idade pré-escolar, relativamente à sua coesão e adaptabilidade e às competências parentais e socioemocionais das crianças.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido numa amostra não probabilística por conveniência. A amostra é constituída por 13 famílias referenciadas por duas Instituições Particulares de Solidariedade Social de uma cidade do interior/centro de Portugal. Os dados foram obtidos através de uma entrevista individual, com a aplicação de um questionário que incluiu a caracterização sociodemográfica das famílias e os seguintes instrumentos: a Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III), a Escala de Competência Parental Percebida (PSOC) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

**Resultados:** As mães entrevistadas percecionam níveis moderados de adaptabilidade familiar e níveis extremamente altos de coesão. Quanto às competências parentais percebidas, as mães percecionam-se com uma eficácia parental ligeiramente mais elevada que a satisfação parental, mas ambas com médias semelhantes e elevadas. Quanto à perceção das capacidades e dificuldades dos filhos, o “comportamento pró-social” é a dimensão com média mais elevada, revelando-se nas duas dimensões “problemas com colegas” e “hiperatividade” possíveis/prováveis “casos”, por apresentarem pontuações altas e limítrofe.

**Conclusão:** A caracterização sociodemográfica da amostra revelou determinantes sociais da saúde que podem condicionar as variáveis em estudo. O tamanho reduzido da amostra não permitiu realizar uma análise estatística correlacional, embora a análise descritiva nos tenha permitido fazer uma análise reflexiva/crítica sobre as variáveis em estudo e quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Com este estudo foi possível delinear algumas linhas orientadoras que possam ser usadas em programas de promoção da saúde na comunidade, de forma a dar resposta às necessidades emergentes no grupo vulnerável estudado.

**Palavras-chave:** competências parentais, competências socioemocionais, pré-escolar, determinantes da saúde, enfermagem comunitária.

## ABSTRACT

**Background:** Recognizing the importance of positive parenting in child development, currently the promotion of parenting skills has been widely studied in terms of its positive influence on children's socio-emotional skills. Developing these skills at the crucial stage of development, between 3 and 5 years of age, has future repercussions on their health, mainly in the field of mental health, but also on the development of adults who are more proactive in promoting their health. The family, as the cradle of the child's development, has a leading role in these variables and its cohesion and adaptability can condition the way parents develop their parenting skills. This whole framework gains another dynamic and significance when we are dealing with families in a context of vulnerability. It is up to the Nurse Specialist in Community Nursing to characterize the situation of these vulnerable families, in order to design individual and collective health promotion programs, empowering these families to overcome the possible barriers linked to the social determinants of health, through actions outlined in conjunction with the Community and other stakeholders.

**Objectives:** The main objective of this study was to characterize families in a context of vulnerability with children of preschool age, in terms of their cohesion and adaptability, and their parenting and socio-emotional skills.

**Methodology:** Quantitative, descriptive study, developed in a non-probabilistic convenience sample. The sample is composed of 13 families referenced by two Private Institutions of Social Solidarity in a city in the interior/center of Portugal. Data were obtained through an individual interview, with the application of a questionnaire that included the sociodemographic characterization of the families and the following instruments: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III), Parental Sense of Competence (PSOC) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

**Results:** The mothers interviewed perceive moderate levels of family adaptability and extremely high levels of cohesion. As for perceived parenting skills, mothers perceive themselves as having a slightly higher parental effectiveness than parental satisfaction, but both with similar and high averages. Regarding the perception of the children's abilities and difficulties, "prosocial behavior" is the dimension with the highest average, revealing itself in the two dimensions "problems with colleagues" and "hyperactivity" possible/probable "cases", as they present scores tall and borderline.

**Conclusion:** The sociodemographic characterization of the sample revealed social determinants of health that may affect the variables under study. The small sample size did not allow performing a correlational statistical analysis, although the descriptive analysis allowed us to carry out a reflective/critical analysis of the variables under study and the role of the Nurse Specialist in Community Nursing. With this study, it was possible to outline some guidelines that can be used in health promotion programs in the community, in order to respond to emerging needs in the vulnerable group studied.

**Keywords:** parenting skills, socio-emotional skills, preschool, health determinants, community nursing.

## **ABREVIATURAS**

et al. – et alii

cit. – citado

n – frequência absoluta

n° - número

máx - máximo

min – mínimo

s.d. – sem data

## **SIGLAS**

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

FACES - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

ICN - International Council of Nurses

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPG -Instituto Politécnico da Guarda

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OIM - Organização Internacional para a Migração

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSOC - Parenting Sense of Competence

SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire

SARS-Cov-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UDI – Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior

UNICEF - United Nations Children’s Fund

UNFPA - United Nations Population Fund

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Brofenbrenner.....	24
<b>Figura 2</b> – Modelo Circumplexo de Olson.....	26
<b>Figura 3</b> – Caracterização das famílias em estudo quanto à adaptabilidade e coesão familiar, segundo o Modelo Circumplexo de Olson.....	62
<b>Figura 4</b> – Interpretação da pontuação dos sintomas e definição de “caso” na escala SDQ.....	76

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da criança.....	56
<b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficas da mãe.....	57
<b>Tabela 3</b> - Características sociodemográficas do pai.....	58
<b>Tabela 4</b> – Dados sociodemográficos da família, quanto ao número de irmãos e suas idades.....	59
<b>Tabela 5</b> – Dados sociodemográficos da família.....	60
<b>Tabela 6</b> – Análise descritiva das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar.....	61
<b>Tabela 7</b> – Pontuações ponderadas das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar.....	62
<b>Tabela 8</b> – Análise descritiva das dimensões de eficácia e satisfação parental.....	63
<b>Tabela 9</b> – Análise descritiva das 5 dimensões da escala SDQ.....	64



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	22
1. <b>A FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA ECOLÓGICA-SISTÊMICA</b> .....	23
1.1. O CICLO VITAL DA FAMÍLIA E O SEU ESTUDO RELACIONAL.....	24
1.2. A FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS: A IMPORTÂNCIA DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA.....	27
2. <b>AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS PROMOTORAS DAS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS DAS CRIANÇAS</b> .....	29
3. <b>FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DA FAMÍLIA, PAIS E CRIANÇA</b> .....	34
3.1. O CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E OS DETERMINANTES DA SAÚDE.....	35
3.2 A RESPONSABILIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA.....	37
<b>PARTE II – FASE METODOLÓGICA</b> .....	39
1. <b>OBJETIVOS</b> .....	40
2. <b>PROCEDIMENTOS</b> .....	41
3. <b>AMOSTRA</b> .....	43
3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	43
4. <b>INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b> .....	44
4.1 QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	44
4.1.1. <b>Operacionalização das variáveis</b> .....	44
4.2 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR.....	49
4.3. ESCALA DE COMPETÊNCIA PARENTAL PERCEBIDA.....	50
4.4. QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES.....	51
5. <b>MÉTODO DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS</b> .....	53
<b>PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	54
1. <b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	55
1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	55
1.1.1. <b>Características sociodemográficas da criança</b> .....	55

1.1.2. Características sociodemográficas da mãe.....	56
1.1.3. Características sociodemográficas do pai.....	57
1.1.4. Características sociodemográficas da família.....	59
<b>2. ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR, COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS E DIFICULDADES E CAPACIDADES DOS FILHOS: ESTUDO DESCRITIVO.....</b>	<b>61</b>
2.1. NÍVEIS DE ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR.....	61
2.2. COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS.....	63
2.3. PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES E CAPACIDADES DOS FILHOS.....	63
 <b>PARTE IV- DISCUSSÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....</b>	 <b>65</b>
<b>1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
1.1. PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DAS FAMÍLIAS EM ESTUDO.....	66
1.2. NÍVEIS DE ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR.....	72
1.3. COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS.....	74
1.4. PERCEÇÃO DAS CAPACIDADES E DIFICULDADES DOS FILHOS.....	75
<b>2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>78</b>
 <b>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.....</b>	 <b>79</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	 <b>83</b>
 <b>ANEXOS.....</b>	 <b>98</b>
<b>ANEXO A –Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do Instituto Politécnico da Guarda.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO B- Aplicação e cotação da escala PSOC por Nunes, Jiménez, Menéndez, Ayala-Nunes e Hidalgo (2014).....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO C – Cotação e interpretação dos resultados do SDQ.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE A - Pedido de autorização aos autores da versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III) e da Escala de Competência Parental Percebida (PSOC).....</b>	<b>108</b>

<b>APÊNDICE B</b> – Pedido de autorização para a realização do estudo a duas IPSS de uma cidade do interior/centro de Portugal e seu parecer favorável.....	110
<b>APÊNDICE C</b> – Declaração de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	113
<b>APÊNDICE D</b> – Instrumento de colheita de dados da investigação “Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade”.....	115



## INTRODUÇÃO

As funções da família na socialização dos seus elementos têm sido amplamente reconhecidas. Começou a ser vista como um sistema permeável às influências sociais, políticas e culturais por Urie Bronfenbrenner, nas décadas de 70 e 80, centralizando-nos na singularidade e, ao mesmo tempo, na complexidade da rede relacional “família” (Bronfenbrenner, 1979). Este novo quadro de “família” permitiu uma articulação entre a pessoa e a sociedade, isto é, uma adequação entre a individualização e a socialização, tendo em conta as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (Mondin, 2005). Passou a ser fundamental compreender o comportamento de cada um inserido no seu contexto natural, a família.

Sabendo à partida que estamos em constante desenvolvimento e como refere Mondin (2005:33), “a pessoa em desenvolvimento atua e muda o ambiente”, a família surge como o primeiro contexto de socialização da criança. Abraham Lincoln já referia que “*a mão que embala o berço é a mão que governa o mundo*” (s.d.). De facto, são os pais, enquanto educadores, que irão modelar as crianças e estas quando saudáveis criam o futuro de qualquer sociedade (Maleki, Mardani, Chehrzad, Dianatinasab e Vaismoradi, 2019).

A importância da parentalidade no desenvolvimento infantil e a consciência da exigência dessa tarefa despertou o interesse pela parentalidade positiva, procurando-se atualmente a promoção de políticas de apoio na comunidade onde vivem as famílias, que ajudem os pais nesta complexa tarefa através das suas competências parentais (Jiménez e Hidalgo, 2016).

As competências parentais percebidas têm um papel fundamental na parentalidade, pois permitem aos pais adaptar-se às necessidades de desenvolvimento dos seus filhos. Vários estudos têm demonstrado a importância da competência parental na promoção do desenvolvimento infantil saudável, na promoção das competências socioemocionais da criança, sendo ainda necessário aprofundar a sua evidência científica e a necessidade de uma colaboração interdisciplinar na implementação de programas parentais. (Martins e Almeida, 2017).

Este desenvolvimento de competências socioemocionais das crianças é fundamental, principalmente na idade pré-escolar, e é um marco importantíssimo com consequências significativas na sua saúde (Maleki et al., 2019), pois estas competências permitem-lhes fazer escolhas coerentes, ter um comportamento responsável e manter relações interpessoais gratificantes ao longo da sua vida, tornando-se adultos saudáveis (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2016). Já a falta destas competências pode levar a problemas de saúde mental, problemas comportamentais, relações interpessoais inadequadas ou até a sentimentos de solidão (Maleki et al., 2019).

O desenvolvimento das competências parentais e consequentemente das competências socioemocionais das crianças tem vindo a ser estudado nos últimos anos, e a evidência veio-nos mostrar que há uma relação significativa entre o desenvolvimento destas competências e os determinantes sociais da saúde que influenciam o ambiente em que são desenvolvidos (Hosokawa e Katsura, 2017; Poulton, Caspi, Milne et al., 2002), ou seja, falamos de equidade na saúde.

A equidade na saúde surge quando todos têm a oportunidade de atingir o seu potencial pleno de saúde, não havendo qualquer desvantagem de alcançar esse potencial por causa de determinantes sociais da saúde ou outras circunstâncias socialmente determinadas (Ramirez, Baker e Metzler, 2008). No entanto, verificam-se diferenças na incidência e prevalência das condições de saúde e estas disparidades afetam sobretudo grupos mais vulneráveis, que já se encontram num contexto de vulnerabilidade, seja ele por causa de condições socioeconómicas, raça, localização geográfica, género, entre outros. Para além disso, este contexto de vulnerabilidade é agravado porque estas pessoas tendem a ter menores condições de acesso a um conjunto de dimensões que são incluídas nos determinantes sociais da saúde, como as condições de vida e de trabalho.

Um número significativo de crianças em todo o mundo vive em contextos de vulnerabilidade, como a pobreza, discriminação social, maus-tratos ou violência comunitária. Esta exposição cria uma maior propensão a problemas comportamentais, emocionais, entre outros. Portanto, este poderá ser um ponto de partida importante para intervenções comunitárias eficazes, de modo a prevenir ou a melhorar os impactos negativos a médio e a longo prazo destes determinantes da saúde (Gartland, Riggs, Muyeen et al., 2019; World Health Organization-WHO, 2018).

Ao analisarmos as competências parentais e os determinantes da saúde implicados no contexto de vulnerabilidade em que a família se encontra, poderemos refletir sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, inserido numa equipa multidisciplinar, e sobre o tipo de práticas ou medidas mais efetivas na promoção de uma parentalidade positiva e, consequentemente, na promoção das competências socioemocionais das crianças.

Para que os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) consigam dar uma resposta de qualidade na promoção da parentalidade positiva, é necessário capacitá-los para fornecerem o apoio e as ferramentas necessárias e adaptadas a cada família, tornando-se agentes promotores de estratégias parentais eficazes, efetivas e positivas (Seabra-Santos, Azevedo, Homem et al., 2019; Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2020a). Importa, por isso, desenvolver estudos de forma mais ampla e que vão ao encontro da nova realidade da sociedade contemporânea, de forma que os profissionais de saúde dos CSP e, mais

especificamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, desenvolvam uma prática baseada na evidência, de forma a compreender e capacitar as estruturas familiares cada vez mais complexas.

É neste contexto de atuação que o presente trabalho de investigação pretende reunir um conjunto de conhecimentos que nos permitam analisar o grau de coesão e adaptabilidade familiar, identificar as competências parentais percebidas pelos pais no âmbito da parentalidade e as competências socioemocionais da criança em idade pré-escolar, em famílias em contexto de vulnerabilidade e procurar analisar de que forma poderão ter impacto no futuro da sua saúde. Importa realçar que todo este trabalho de *empowerment* das famílias deve resultar de um esforço conjunto de uma equipa multidisciplinar, reforçando a importância do trabalho em equipa entre os profissionais dos CSP e as demais instituições e organizações de solidariedade social que acompanham e prestam apoio a estas famílias. Só assim faz sentido falar em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No capítulo I, será realizada uma revisão da literatura que serve de suporte teórico à investigação realizada. Serão abordados vários conceitos como família, competências parentais, competências socioemocionais das crianças em idade pré-escolar, determinantes sociais da saúde, e procurar-se-á realçar a importância da sua relação, através de estudos já realizados. Para tal, serão privilegiadas fontes primárias de informação, como artigos científicos ou artigos de revisão. O capítulo II será dedicado às opções metodológicas realizadas ao longo do estudo, apresentando os objetivos, instrumento de recolha de dados e os métodos estatísticos aplicados durante o tratamento dos dados. No capítulo III serão apresentados os resultados e os mesmos serão discutidos no capítulo IV, onde iremos também apresentar as principais conclusões, futuras linhas de investigação e limitações deste estudo.

**PARTE I**

---

**REVISÃO DA LITERATURA**



## 1. A FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA ECOLÓGICA-SISTÉMICA

O conceito de família tem vindo a evoluir nos últimos tempos. A conceção clássica e estática dos modelos familiares cedeu espaço a uma perspetiva sistémica, acompanhando as alterações dinâmicas da sociedade contemporânea. O seu conceito acaba por ser uma construção social, visto que representa um modo de agir e de pensar coletivo (Dias, 2011). Atualmente, o conceito de família é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como (Ordem dos Enfermeiros- OE/Conselho Internacional de Enfermeiros- CIE, 2011:115):

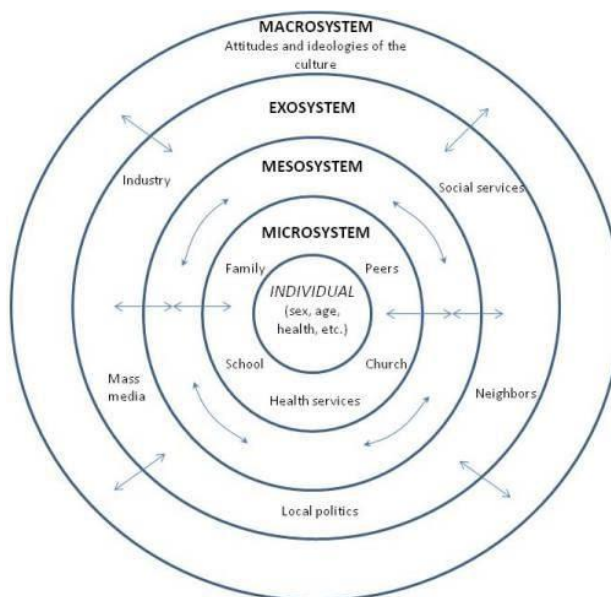
unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.

Independentemente do modelo de família (família nuclear, reconstruída, monoparental, homossexual, entre outras) esta é considerada uma unidade social, um todo sistémico, dinâmico, onde se estabelecem ligações entre os seus membros e o meio externo. Contém outros subsistemas relacionados entre si, que desempenham funções como o afeto, a educação ou a socialização (Dias, 2011).

Esta perspetiva, fruto da integração de diferentes correntes que estudaram as relações familiares a partir da década de 50 (Pinheiro-Carozzo, Silva, Murta e Gato, 2020), considera a família um sistema interdependente, coeso, em que todas as partes estão relacionadas de tal modo entre si que uma mudança numa delas provocará mudanças nas outras e no sistema como um todo (Otto e Ribeiro, 2020). No entanto, esta dinâmica não é assim tão linear e por vezes torna-se difícil descrever esta complexidade relacional (Relvas, 1996).

Esta visão sistémica da família pode ser complementada pela perspetiva ecológica de Urie Brofenbrenner. Este modelo bioecológico do desenvolvimento humano procura compreender as interações que se estabelecem entre a pessoa e os diferentes contextos em que se encontra inserida. Analisa o desenvolvimento da pessoa, do ambiente e as interações entre a pessoa e quatro sistemas ecológicos: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema (Vélez-Agosto, Soto-Crespo, Vizcarrondo-Oppenheimer, Vega-Molina e Coll, 2017). O microssistema é considerado o ambiente imediato em que a pessoa se encontra inserida. Quando estes microssistemas interagem, por exemplo, a família e a escola, um mesossistema é formado e inclui a relação entre duas ou mais configurações (a relação família-escola ou família-cuidados de saúde primários). Já o exossistema é o ambiente em que a pessoa não está diretamente envolvida, são relações de um nível mais distante, mas que têm o seu impacto e influenciam o que sucede nos microssistemas (por exemplo, as relações no trabalho, apoios comunitários). O último sistema ecológico identificado por Brofenbrenner é o macrossistema, que engloba crenças e valores

culturais que influenciam todos os outros sistemas (Bronfenbrenner, 1979; Hosek, Harper, Lemos e Martinez, 2008; Vélez-Agosto et al., 2017). Esta perspectiva ecológica é representada na figura 1, onde se compreende mais facilmente a relação entre os seus diferentes sistemas.



**Figura 1** – Modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

**Fonte:** Bronfenbrenner (1977) cit. por Vélez-Agosto et al (2017)

Reconhecendo a família como um sistema que não é fechado, com diferentes níveis de desenvolvimento, inserido num contexto cultural também ele em constante mutação, permite-nos compreender a complexidade da rede relacional da família. Há uma sinergia com os outros contextos, sendo a família um sistema permeável às influências dos sistemas sociais, culturais, ideológicos, entre outros (Pinheiro-Carozzo et al., 2020), que passa por diferentes etapas que definem o seu Ciclo Vital.

### 1.1. O CICLO VITAL DA FAMÍLIA E O SEU ESTUDO RELACIONAL

A família é um sistema em constante desenvolvimento, que, tal como referido anteriormente, é permeável aos contextos em que se encontra inserida, provocando alterações ao nível funcional, interacional e estrutural (Relvas, 1996). Em primeiro lugar, face aos diferentes sistemas com que interage, a família vai-se modificar ao nível das suas funções e tarefas (nível funcional); esta mudança funcional vai implicar alterações na interação com os diferentes subsistemas (nível interacional); por último, uma alteração nos elementos do sistema familiar e/ou

mudanças ao nível dos papéis desempenhados, implica mudanças organizacionais do sistema familiar (nível estrutural) (Relvas, 1996). Esta evolução da família como um processo dinâmico, caracterizado por várias fases de desenvolvimento, que vão provocando mudanças e reorganizações no sistema familiar, é definida no modelo teórico de estádios de desenvolvimento do ciclo vital da família. Ana Relvas (1996), baseando-se nas propostas teóricas de dois autores, Duvall e Carter e McGoldrick, realizou uma análise reflexiva e apresentou o seu modelo do ciclo vital da família, com cinco etapas: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e a quinta e última etapa, família com filhos adultos (Relvas, 1996).

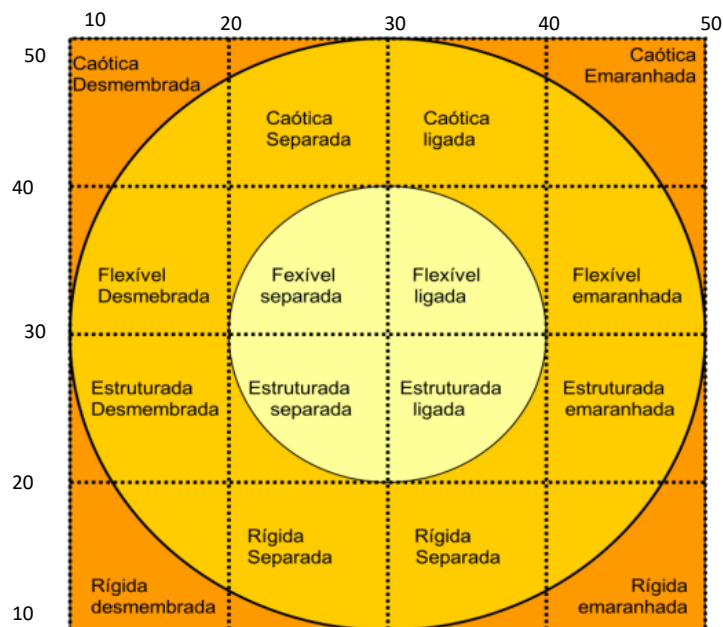
O ciclo vital da família é, então, representado por diferentes etapas de crescimento, de socialização, inerentes ao percurso que cada membro da família desenvolve e que, ao mesmo tempo, partilha em conjunto, determinando conjunturas que podem afetar a família como um todo (Dias, 2011). Esta perspetiva teórica permite-nos identificar em que fase se encontra a família, bem como avaliar a reorganização que a família esteve sujeita na transição de uma etapa para a outra (Bello e Marra, 2020). De facto, ao realizarem-se estudos longitudinais da família, facilmente se encontram períodos de desequilíbrio alternados com períodos de resolução de problemas, influenciando a forma como serão exercidos os papéis familiares (pai, mãe, filhos, irmãos) e como serão enfrentados os eventos vitais importantes como a morte, nascimento, separações, entre outros (Andolfi, 2019 cit. por Bello e Marra, 2020). Dos vários modelos de funcionamento familiar desenvolvidos, o modelo de Olson é um dos mais estudados e utilizados no diagnóstico relacional (Gouveia-Pereira, Gomes, Miranda e Candeias, 2020).

O modelo circumplexo do sistema conjugal e familiar é útil para estudar as relações no sistema familiar, visto que o seu foco é o sistema e integra três dimensões relevantes: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação. A coesão é definida como a ligação emocional que se estabelece entre os elementos da família, é como uma variação entre a separação e a conexão dos membros da família ou até mesmo o vínculo emocional que os une; a adaptabilidade avalia a capacidade de o sistema familiar mudar a sua estrutura, os papéis, em resposta a uma situação de stresse e de desenvolvimento; por último, a comunicação, permite facilitar a transição entre as outras duas dimensões, ou seja, uma família com uma boa comunicação é capaz de ajustar adequadamente os níveis de coesão e adaptabilidade (Olson, 2000; Rosalini, Probst, Cunha et al., 2019).

Esta versão tridimensional do modelo circumplexo permite-nos avaliar as famílias, através dos níveis de coesão e adaptabilidade. Podemos estar perante relacionamentos saudáveis, com níveis de coesão e adaptabilidade equilibrados, ou, pelo contrário, relacionamentos familiares desequilibrados, caracterizados por níveis muito baixos ou extremamente altos de coesão e adaptabilidade (Olson, 2000). As famílias consideradas equilibradas terão uma

comunicação mais positiva comparativamente a sistemas familiares desequilibrados. Tal como referido anteriormente, a comunicação surge, assim, como facilitadora dos sistemas familiares, mantendo em equilíbrio a coesão e adaptabilidade familiar (Olson e Schlieff, 2019).

Neste modelo circunplexo de Olson podemos ter quatro níveis de coesão familiar: desmembrada (coesão extremamente baixa), separada (coesão baixa a moderada), ligada (coesão moderada a alta) e emaranhada (coesão extremamente alta). Em relação à adaptabilidade familiar temos igualmente quatro níveis: rígida (adaptação extremamente baixa), estruturada (adaptação baixa a moderada), flexível (adaptação moderada a alta) e caótica (adaptação extremamente alta). Estes diferentes níveis de cada dimensão (ver figura 2) permitem-nos agrupar e classificar as famílias 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).



**Figura 2** – Modelo Circunplexo de Olson

**Fonte:** Versão Portuguesa, baseado em Olson (2000)

Para avaliação dos níveis de coesão e adaptabilidade familiar, Olson, Portner e Lavee (1985) desenvolveram a Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES versão III). Posteriormente têm vindo a surgir novas versões desta escala, como a FACES IV, onde as dimensões e o próprio modelo de análise foram modificados (Olson e Schlieff, 2019) mas a escala que será utilizada neste estudo, na sua versão Portuguesa, será a FACES III, cuja análise será apresentada mais à frente neste estudo.

As dimensões coesão e adaptabilidade funcionam como recursos facilitadores do processo de adaptação familiar, isto é, permitem que o sistema familiar procure dar resposta aos seus objetivos nas diferentes etapas do seu ciclo vital, tendo em conta os recursos familiares, mas também a capacidade que a família dispõe para mobilizar esses recursos (Figueiredo, 2012).

As diferentes etapas do ciclo vital da família incluem desafios que estão intimamente associados aos subsistemas que compõem o sistema familiar: o individual, o conjugal, o parental, o filial e o fraternal, cada um deles com papéis e estatutos diferenciados, sendo que cada pessoa da família pertence a subsistemas diferentes (Alarcão, 2006; Relvas, 1996). No entanto, face às alterações na sociedade contemporânea, as estruturas familiares tornam-se cada vez mais complexas de definir pois há uma reestruturação dos processos parentais.

Com o nascimento do primeiro filho surge o subsistema parental e nesta transição para a parentalidade deve-se ter em conta a etapa da “formação do casal” e da “família com filhos pequenos”, mas também é importante considerar para a parentalidade os ciclos vitais da família em situações de divórcio, de famílias recompostas, famílias em uniões de facto e uniões livres, famílias adotivas, famílias monoparentais, famílias de homossexuais (Tralhão, Rosado, Gil, Amendoeira, Ferreira e Silva, 2020; Dias, 2011).

A estrutura e dinâmica da família tem vindo a ser modificada ao longo do tempo, muito devido às mudanças políticas, sociais e económicas e, nos dias de hoje, a família assume diversas formas (nuclear, alargada, monoparental, reconstituída, unitária, entre outras) e distingue-se pela presença de um segundo vínculo afetivo dos seus membros e o compromisso comum de projetos de vida (Dias, 2011). Portanto, é fundamental que, quando recorrermos a este modelo do ciclo vital, não o façamos de forma rígida, mas sim reconheçamos a individualidade de cada família, de cada elemento que a compõem, identificando as suas potencialidades e as suas necessidades de apoio, especificamente na etapa “família com filhos pequenos”, sobre a qual incidirá o presente estudo.

## 1.2. A FAMÍLIA COM FILHOS PEQUENOS: A IMPORTÂNCIA DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA

Como já tem vindo a ser referido, a presença de um filho marca uma nova fase de transição do ciclo vital da família, obrigando a novas definições de papéis, a novas adaptações na estrutura familiar e na sua dinâmica (Relvas, 1996). É neste enquadramento que surge o conceito de parentalidade, um papel que resulta dos valores, das competências e atitudes construídos nas famílias de origem e que são transmitidos ao longo de gerações (Alarcão, 2006).

A parentalidade é definida como os sentimentos e competências que os pais desenvolvem junto com os seus filhos (Ruiz-Zaldibar, Serrano-Monzó e Mujika, 2017), sendo considerada o subsistema mais importante do sistema de desenvolvimento social (Vélez-Agosto et al., 2017). A parentalidade pode ser um período particularmente desafiante e de grande influência no desenvolvimento da pessoa, porque a transição para a parentalidade acarreta grandes mudanças nos papéis, nas responsabilidades e nas identidades dos pais (Bhat & Khadi, 2018).

Quando falamos de adaptação à parentalidade, prevê-se que o casal interiorize as expectativas da família, da sociedade, quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados, para além de assumir as responsabilidades parentais e os comportamentos facilitadores da integração do novo elemento na unidade familiar. A tarefa dos pais acaba por ser a promoção de relacionamentos positivos entre os pais e os filhos, exercendo uma responsabilidade parental que consiga garantir os direitos da criança dentro da família e, ao mesmo tempo, otimizando o seu potencial de desenvolvimento e bem-estar (López, Chaves e Quintana, 2010). Deste modo, é a família que tem a função de assegurar de forma positiva as necessidades básicas fundamentais das crianças, como a alimentação, proteção, educação, o afeto e, ao mesmo tempo, permitir a criação de um espaço de desenvolvimento biopsicossocial favorável, com a integração na cultura familiar e social (Relvas, 1996; Alarcão, 2006; Victal, Peixoto e Pereira, 2019).

Vista pela sociedade como um papel gratificante e desejado, associar ao termo parentalidade o adjetivo “positiva” pode-se considerar uma redundância. Assim, falar de parentalidade positiva é identificar os mecanismos subjacentes através dos quais os pais exercem uma parentalidade saudável (Ruiz-Zaldibar et al., 2017). O Conselho da Europa definiu a parentalidade positiva como o comportamento dos pais que procura o melhor interesse da criança; um comportamento empoderador, não violento, que orienta e define fronteiras de forma a possibilitar o desenvolvimento pleno da criança (Council of Europe, 2009). Independentemente do tipo de estrutura da família, esta deve promover um ambiente harmonioso e protetor, potenciando o desenvolvimento de todos os seus elementos.

A família é definida por Dias (2011:154) como o “(...) elemento mais firme, mais seguro e mais estruturante da personalidade dos seus membros.”. A família é, então, a base para a aquisição de valores, crenças, conceitos, que podem influenciar de forma positiva ou negativa a compreensão que a criança tem sobre si mesma, bem como a perceção do seu papel na família e no ambiente em que se encontra inserida. Assim, as relações interpessoais que se estabelecem no seio familiar poderão influenciar as relações sociais e os vínculos que a criança estabelece ao longo do seu desenvolvimento (Victal et al., 2019).

## **2. AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS PROMOTORAS DAS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS DAS CRIANÇAS**

As experiências e relações estabelecidas ao longo da história familiar podem favorecer o desenvolvimento de uma autoestima mais elevada, desde que as necessidades e sentimentos dos elementos da família sejam tidos em conta e sejam percebidos como únicos. Assim, enquanto adulto, estaremos perante uma pessoa menos influenciável pelo que a rodeia, mais autónoma, que tende a reconhecer o seu valor e a relacionar-se de forma mais autêntica (Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

Ao longo dos últimos anos foram realizados vários estudos que vieram comprovar a importância da qualidade do ambiente familiar no desenvolvimento da criança (Haar, El-Khani, Molgaard e Maalouf, 2020; Hattangadi, Cost, Birken et al., 2020; Ruiz-Zaldibar et al, 2017; Hosokawa et al., 2017; Maleki et al., 2019). Ambientes adversos podem prejudicar o desenvolvimento de capacidades cognitivas associadas à autorregulação, por exemplo.

A fase de desenvolvimento entre os 3 e os 5 anos de idade é crucial no que respeita a aspetos emocionais, cognitivos e sociais. É nesta fase que fisiologicamente a criança adquire maior informação e tem um maior potencial de aprendizagem e, portanto, práticas parentais positivas podem reduzir os fatores de risco no desenvolvimento infantil. A promoção da parentalidade deve ser alvo de intervenção nos primeiros anos de vida da criança, pois as intervenções precoces são mais efetivas, sendo importante atuar com medidas preventivas e não “curativas” (Schmidt, Staudt, Wagner et al., 2016). Para além disto, este período de desenvolvimento tem uma peculiaridade: são os pais os principais responsáveis por proporcionarem um ambiente positivo para o desenvolvimento destas capacidades.

Tendo em conta o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS, os pais e respetivas crianças, têm de ser acompanhados de forma regular pelos profissionais de saúde, onde se engloba o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Através das consultas de vigilância e acompanhamento, dos momentos de vacinação, as famílias contactam regularmente com os CSP e, por isso, as consultas com o enfermeiro de família são um local privilegiado para avaliação das competências parentais e socioemocionais das crianças e para acompanhamento destas famílias por parte destes profissionais. Cabe a estes profissionais cuidar da família e de cada um dos seus membros, ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Assim, os pais deverão ser o alvo fundamental de todas as ações que procurem a promoção de um desenvolvimento saudável das crianças nestas faixas etárias, porque ao promover junto dos pais uma parentalidade positiva, estamos a desenvolver as suas competências que irão influenciar

positivamente as competências dos seus filhos (Ruiz-Zaldibar et al., 2017; Mateo, Santana, Carbonell e Salinas, 2016).

Este desenvolvimento das competências parentais ocorre à medida que os pais respondem às necessidades dos filhos, necessidades essas que vão alterando com o tempo. As competências parentais são definidas como o resultado de um ajustamento entre o ambiente em que a família está inserida, o ambiente educacional que os pais desenvolveram para promoverem a sua parentalidade e as próprias características da criança (Rodrigo, Martín, Cabrera e Máiquez, 2009 cit. por Mateo et al., 2016). A aplicação da escala Parenting Sense of Competence (PSOC), desenvolvida por Jonston e Mash, permite-nos mensurar a competência parental percebida da mãe ou pai através de duas dimensões: a eficácia e a satisfação com o papel parental. Será esta a escala utilizada neste estudo, mas que será analisada posteriormente neste trabalho.

A família é, então, o local ideal para a formação da personalidade das crianças e são os pais que têm um “(...) papel decisivo no pleno desenvolvimento das capacidades, atitudes e valores que sustentam as competências do sistema como um todo.” (Dias, 2011:154). A infância é uma das fases fundamentais de desenvolvimento de competências que vão permitir à criança lidar com aspetos críticos da sua saúde, sendo igualmente um período durante o qual surgem muitos problemas de saúde mental pela primeira vez. Estes problemas de saúde mental podem estar associados a grandes fatores de risco como o consumo excessivo de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, uma má nutrição ou a falta de exercício físico, que irão contribuir para efeitos negativos na saúde ao longo da sua vida (OECD/European Union, 2020).

A promoção da saúde mental tem vindo a ganhar cada vez mais destaque nos últimos anos, muito devido ao aumento da prevalência de transtornos mentais e do comportamento que se tem verificado a nível mundial (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME, 2019a). O seu conceito encontra-se inserido na própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual “there is no health without mental health” (WHO, 2013:6). A saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta os elementos stressores normais da vida, trabalha produtivamente e frutuamente, contribuindo para a sua comunidade (WHO, 2004). No entanto, este bem-estar tem sido colocado em causa pela atual carga da doença mental.

Estudos recentes sugerem que Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população adulta (Ministério da Saúde, 2018). De facto, a depressão crónica surge como um problema de saúde significativo, estando em sexto lugar nas dez principais causas que estão a aumentar os determinantes de vida ajustados pela incapacidade em Portugal. Quando comparamos o nosso país com outros países idênticos em indicadores sociodemográficos, Portugal é o segundo com um peso mais significativo dos transtornos depressivos (IHME, 2020).



A depressão tem vindo a ser cada vez mais diagnosticada na infância e adolescência (Ministério da Saúde, 2009). Em 2010, o peso mais significativo da doença em crianças e jovens nos grupos etários dos 5-14 e 15-19, expresso em anos de vida perdidos, foi devido a perturbações mentais e comportamentais (DGS, 2015).

Esta tendência crescente confirmou-se no relatório do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020), segundo o qual, no ano de 2019 em Portugal, as perturbações mentais e comportamentais mantêm-se como a principal causa de anos de vida perdidos nas faixas etárias entre os 5-14 anos, destacando-se em ambos os sexos os problemas de ansiedade (12,84%). Ao contrário da tendência crescente nos problemas de ansiedade, os problemas comportamentais e depressão diminuíram ligeiramente entre 2017 e 2019, passando de 6,24% para 5,66% nos problemas comportamentais e de 4,71 % para 4,34% na depressão. Esta ligeira descida poderá estar relacionada com as políticas implementadas nos vários países, havendo uma preocupação crescente na prevenção, na promoção da saúde mental através de diversos programas, destacando a importância dos CSP na primeira linha de atuação e a sua intervenção na comunidade (IHME, 2020).

As alterações comportamentais são frequentes na criança e na idade pré-escolar, mas, se não houver qualquer intervenção, estas alterações comportamentais podem persistir até à idade adulta, estando associadas, por exemplo, ao desenvolvimento de problemas nas relações interpessoais, delinquência na adolescência, problemas no emprego, entre outros. De facto, vários estudos têm demonstrado que se forem promovidos determinados fatores protetores na infância, estas características podem ser determinantes para se tornarem adultos saudáveis. Por exemplo, no estudo de Jones, Greenberg e Crowley (2015) os resultados mostraram que a competência social desenvolvida precocemente é um marcador importante e que irá influenciar positivamente outros fatores de desenvolvimento que afetam coletivamente o percurso de vida. É por estes motivos que este estudo se centra nos pais de crianças em idade pré-escolar e nas suas competências dos 3 aos 6 anos de idade.

A intervenção precoce na idade pré-escolar é, assim, fundamental e pode melhorar as competências socioemocionais de forma duradoura. Para que isso seja possível, é necessário definir estratégias efetivas que promovam essas competências das crianças (Jones et al, 2015; DGS, 2015). Mas o que se entende por competências socioemocionais?

O quadro teórico das competências sociais tem evoluído ao longo dos últimos tempos, surgindo diversos conceitos. O que podemos destacar é que estas competências não são inatas, mas sim construídas através da interação que o indivíduo tem com o meio social em que está inserido, podendo ser definidas pela efetividade nas interações sociais apropriadas à idade, incluindo elementos como a capacidade de resolver conflitos, a cooperação e *helpfulness*

(Denham, Wyatt, Bassett, Echeverria e Knox, 2009). A DGS refere o conceito apresentado por Canha e Neves, onde a competência social engloba a empatia e a assertividade, a gestão da ansiedade, a capacidade de conversação, o desenvolvimento e manutenção das relações íntimas e a resolução de conflitos (Canha e Neves, 2008 cit. por DGS, 2016).

Associada a esta competência social, temos a competência emocional, que é definida como a capacidade de a criança interagir, de se autorregular e de estabelecer relações gratificantes com os outros (DGS, 2016). Para que seja possível desenvolver esta competência social e emocional, a criança precisa de desenvolver uma aprendizagem socioemocional, isto é, desenvolver competências que lhe permitam fazer escolhas coerentes, ter relações interpessoais gratificantes e um comportamento socialmente aceite e responsável (DGS, 2016).

Robert N. Goodman, desenvolveu o questionário Strengths e Difficulties Questionnaire (SDQ), um instrumento de avaliação para crianças dos 2 aos 5 anos, disponível via online e de forma gratuita, em versões para pais, professores e até autorrelato<sup>1</sup>. Face à extensa aplicação deste questionário em cerca de 4000 estudos internacionais, para a realização da análise das competências sociais e emocionais das crianças desta amostra iremos utilizar esta escala, que será analisada em mais pormenor na parte II deste trabalho.

Em jeito de conclusão, estudos confirmaram que os comportamentos parentais positivos, como a recetividade ou o carinho, demonstraram contribuir para o desenvolvimento de comportamentos infantis positivos, enquanto comportamentos negativos estão associados a problemas de comportamento dos filhos (McQuillan, Bates, Staples e Deckard, 2019). Portanto, se pretendemos promover o desenvolvimento infantil positivo, quais serão os fatores que podem influenciar as competências parentais?

Como já tem vindo a ser referido ao longo desta revisão teórica, o desenvolvimento de uma criança é influenciado pelo contexto familiar em que se encontra inserida, pelos valores transmitidos pelas gerações anteriores (Bello e Marra, 2020). Esses valores incluem as crenças da família sobre a realidade onde vivem, os mitos construídos ao longo das gerações para se conseguir explicar as experiências vividas, bem como os processos de toda a dinâmica familiar (Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

Este estudo da parentalidade foi marcado pelo modelo dos determinantes da parentalidade de Belsky, desenvolvido em 1984, que procurou relacionar o maior número de variáveis com o comportamento parental, dando destaque às características pessoais, históricas, sociais, comportamentais e à relação conjugal (Belsky, 1984). Havia a ideia de uma repetição de padrões de relacionamento entre as sucessivas gerações, isto é, uma transmissão geracional, que iria moldar a forma como as gerações futuras iriam desenvolver a sua parentalidade (Bowen, 1978

---

<sup>1</sup> Acessível em <https://youthinmind.com>

cit. por Otto e Ribeiro, 2020). No entanto, novos estudos e os avanços científicos levaram outros autores a considerarem a existência de uma influência mútua entre pais e filhos, ou seja, as características da criança determinam o comportamento parental e, por outro lado, o comportamento parental influencia a forma como as crianças se comportam (Martins e Almeida, 2017; López et al, 2010).

A sociedade atual trouxe-nos uma grande diversidade de modelos de família, nos quais os pais não estão limitados a reproduzir os padrões culturais recebidos das gerações anteriores. Pelo contrário, os pais tornam a parentalidade única, personalizando-a com significados pessoais, aumentando, assim, a sua variabilidade (López et al., 2010).

A forma como os pais desenvolvem a sua parentalidade é influenciada pelas transformações sociais, como as crises económicas, a precariedade dos vínculos laborais, entre outros. O exercício da parentalidade decorre num espaço ecológico específico, cuja qualidade depende de três fatores principais: o contexto psicossocial onde a família vive, as necessidades educativas da criança e capacidade dos pais para desempenharem uma parentalidade positiva. Há, portanto, um consenso cada vez maior de que devem ser promovidas políticas sociais que ajudem os pais na sua tarefa cada vez mais complexa, numa sociedade em constante mudança (Martins e Almeida, 2017).

Ao promover a parentalidade positiva estamos a focar-nos nas forças da família, nas competências parentais, promovendo uma intervenção que previne eventuais fatores de risco em situações de vulnerabilidade, através da ativação de redes de apoio formal e informal (Jiménez e Hidalgo, 2016). Estando relacionada com um número significativamente menor de problemas de comportamentos, melhor saúde mental, melhores competências sociais e cognitivas, em crianças desde a idade pré-escolar até à idade universitária (Boeldt, Rhee, Dilalla et al., 2012), a promoção das competências parentais tem sido amplamente estudada e importa por isso analisar quais os fatores de risco e de proteção a ela associados.

### **3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DA FAMÍLIA, PAIS E CRIANÇA**

A família, como sistema complexo e dinâmico que é, é influenciada por variáveis extrafamiliares, como o meio sociocultural, e por variáveis intrafamiliares, como o ciclo de vida em que se encontra e as dinâmicas relacionais que se estabelecem entre os diferentes elementos (Minuchin, 2003 cit. por Gouveia-Pereira et al., 2020).

Quando nasce um filho, este encontra-se profundamente ligado e dependente da sua família, havendo um elevado sentimento de pertença. À medida que vai crescendo, a força da individualidade começa a querer sobrepor-se e, durante todo o seu desenvolvimento, a criança experiencia na sua balança o equilíbrio entre este sentimento de pertença e autonomia. Se chegar à fase adulta com este equilíbrio bem definido, a pessoa atinge o bem-estar, conseguindo tomar as suas próprias decisões, mas, ao mesmo tempo, mantendo as suas relações sociais em grupo (Otto e Ribeiro, 2020).

Os valores transmitidos ao longo das gerações definem à geração seguinte o que é esperado dela, quais os papéis que se espera que ela venha a desempenhar. Se na família predominar uma parentalidade positiva, em que há uma construção da confiança e esperança na superação de desafios, toda esta construção de uma identidade perseverante que é transmitida aos elementos daquela família, vai ser um fator de proteção para comportamentos de risco, promovendo a superação de crises e a uma melhor adaptabilidade e coesão da família (Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

Vários autores descrevem fatores de risco como ambientes familiares disfuncionais, onde há uma má gestão de conflitos familiares, dificuldades económicas, história familiar com tendência a comportamentos de risco, recursos sociais limitados ou até um processo de transmissão multigeracional mais rígido (McQuillan et al., 2019; Bitancourt, Tissot, Fidalgo, Galduróz e Filho, 2016; Neto e Grzybowski, 2020). Práticas negativas como castigos corporais ou negligência também estão associados a uma menor competência social e emocional da criança (Schmidt et al., 2016).

Já quando a relação familiar é marcada pela coesão familiar, uma boa comunicação, pela proteção, práticas parentais orientadas, estratégias construtivas de resolução de conflitos, a parentalidade surge como um fator de proteção (Pinheiro-Carozzo et al., 2020; Schmidt et al., 2016). Para além disso, famílias onde as fronteiras entre os vários subsistemas sejam difusas ou demasiado rígidas, podem constituir fatores de risco para o desenvolvimento da criança. Deve haver o espaço necessário para o desenvolvimento da autonomia de todos os elementos da família e, ao mesmo tempo, fronteiras que permitam o desenvolvimento do sentimento de pertença e apoio mútuo (Minuchin, 1990 cit. por Pinheiro-Carozzo et al., 2020).

O contexto social, os determinantes sociais da saúde e os desafios enfrentados ao longo do ciclo de vida das famílias parecem influenciar o nível de individuação da família e dos seus membros, visto que a parentalidade se exerce em diferentes ecologias que podem dificultar ou facilitar as responsabilidades a que os pais devem dar resposta (Neto e Grzybowski, 2020).

### 3.1. O CONTEXTO DE VULNERABILIDADE E OS DETERMINANTES DA SAÚDE

Quando falamos em vulnerabilidade, é inegável a complexidade do conceito, pois este engloba questões individuais e sociais de ordem económica, ambiental, de saúde, como a pobreza, a falta ou precariedade de trabalho, a ausência ou o difícil acesso a serviços básicos que afetam a vida e a saúde, servindo de referência para identificar famílias ou comunidades em situações de vulnerabilidade (Paulon e Romagnoli, 2018).

Vários estudos realizados pela WHO e pela Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) têm constatado que as pessoas que vivem em contextos de vulnerabilidade têm sido desproporcionalmente afetadas quando falamos nos principais fatores de risco na saúde e no acesso a serviços de saúde (WHO, 2018; OECD, 2019). A própria OMS definiu na Carta de Ottawa que a habitação, educação, alimentação, o rendimento, recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade, eram recursos/pré-requisitos básicos e fundamentais para a saúde (OMS, 1986).

As famílias em contexto de vulnerabilidade têm muitas vezes diante de si um futuro marcado pela pobreza e enfrentam igualmente problemas culturais e educacionais, afetando a forma como vão desenvolver a sua parentalidade. Por isso, estas famílias devem ser um alvo prioritário na implementação de estratégias que promovam as competências parentais, necessitando de um apoio diferente do que deve ser dado a famílias que não tenham essas dificuldades (Schmidt et al., 2016).

A vulnerabilidade é definida não só pelas características pessoais mas também pelas condições adquiridas ao longo da vida, bem como pelas estratégias que a pessoa desenvolve para enfrentar um episódio de doença ou trauma, por exemplo. Esta avaliação da vulnerabilidade, tendo em conta componentes individuais e sociais, pode ser útil para potencializar possíveis recursos disponíveis para a pessoa enfrentar essa doença ou trauma (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, Fraccolli, 2008). Estar em contexto de vulnerabilidade significa que a família vê alterada ou diminuída a sua capacidade de resposta face a situações de risco (Paulon e Romagnoli, 2018).

Todas estas características não significam que famílias em contexto de vulnerabilidade apresentem menos competências para a prática de uma parentalidade positiva; o contexto de vulnerabilidade é que tende a fragilizá-las (Schmidt et al., 2016). Esta é uma das premissas erradas que muitas vezes leva os profissionais a desvalorizar as crenças e conhecimentos das famílias, colocando, muitas vezes, os profissionais como únicos responsáveis pelo cuidado. Este não é o caminho a seguir. Se queremos promover as competências parentais para que as crianças tenham um desenvolvimento saudável e enriquecedor, temos de encontrar estratégias que potenciem as competências dos pais, que rompam com os circuitos repetitivos e fragilizantes (Paulon e Romagnoli, 2018).

Estas desigualdades vêm dar destaque às políticas sociais e económicas que são necessárias para que sejam enfrentados de forma resiliente os determinantes sociais da saúde. A OMS identificou os principais fatores de risco no desenvolvimento da criança: pobreza, desnutrição, baixo nível educacional dos pais e fatores ambientais. Cerca de 249 milhões de crianças (43%) de países com um desenvolvimento médio ou baixo, correm o risco de não alcançar o potencial máximo do seu desenvolvimento (WHO, 2018).

Alguns estudos vieram comprovar que quando a família é sujeita a condições económicas adversas, os pais podem apresentar estilos parentais mais punitivos e, devido a essas mudanças comportamentais negativas dos pais, o contexto de vulnerabilidade económica afeta negativamente a saúde e bem-estar das crianças (Fonseca, Cunha, Crespo e Relvas, 2016).

Esta perceção do estado de saúde é influenciada por fatores sociais e culturais e uma vez mais o rendimento da família influencia essa mesma perceção. Por exemplo, em Portugal, cerca de 61% das pessoas no quintil de rendimentos mais elevado consideram ter uma boa saúde, enquanto apenas 39% das pessoas no quintil de rendimentos têm a mesma opinião, sendo este valor bastante abaixo da média da União Europeia (OECD, 2019). Apesar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) abranger todos os residentes em Portugal, sendo que todos os emigrantes que se encontrem em Portugal há mais de 90 dias têm acesso a médico de família, a verdade é que a OECD, no seu estudo sobre desigualdades sociais na saúde, destaca a presença de barreiras linguísticas, culturais ou até administrativas, que impedem os imigrantes de aceder a serviços do SNS (OECD, 2019).

Apesar de ser reconhecida a necessidade de apoio às famílias para que se promova uma parentalidade positiva (López et al., 2010), em Portugal é detetada uma falta de respostas que promovam as competências parentais (Martins e Almeida, 2017) e que influenciem as experiências na primeira infância, promovendo positivamente o desenvolvimento da criança, a sua aprendizagem, o comportamento e as relações sociais. Portanto, investir em medidas que

promovam um desenvolvimento saudável na infância, é uma forma de se conseguir reduzir as desigualdades sociais (WHO, 2018).

### 3.2 A RESPONSABILIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

Esta abordagem da parentalidade positiva implica uma mudança de paradigma, pois exige uma abordagem comunitária e de corresponsabilidade, visando a transformação social, abrangendo os vários contextos e sistemas em que a pessoa se encontra inserida e é baseada na prevenção e promoção (Jiménez e Hidalgo, 2016).

Os profissionais de saúde dos CSP encontram-se numa posição privilegiada para fornecerem às famílias as ferramentas e apoios necessários ao seu empoderamento, numa perspetiva pró-ativa, não de correção, mas de promoção de competências (Hidalgo, Jiménez, González et al., 2016). Reconhecendo esta promoção da saúde das pessoas de uma determinada comunidade o objetivo fundamental dos CSP, compreendemos que este seu papel permite um acompanhamento contínuo das famílias com filhos pequenos, estando numa posição privilegiada para intervir junto dos pais, ajudando-os a identificar e mobilizar recursos na comunidade para uma parentalidade positiva (Martins e Almeida, 2017). Isto porque, tal como já foi referido, estas práticas parentais são mais efetivas quanto mais precocemente forem adotadas. Se os profissionais atuarem apenas quando os problemas já estiverem estabelecidos, a sua efetividade é reduzida (Schmidt et al, 2016).

Na comemoração do quadragésimo aniversário da Declaração de Alma-Ata de 1978, os representantes de todos os Estados-membros da OMS reuniram na Conferência Global dos Cuidados de Saúde Primários em 2018 e assinaram a Declaração de Astana, onde assumiram o compromisso de alcançar estilos de vida mais saudáveis através de cuidados de saúde primários equitativos, capacitando as comunidades locais tendo em conta os determinantes económicos, sociais e ambientais da saúde (WHO e United Nations Children's Fund - UNICEF, 2018). No entanto, o estudo realizado pela OECD em 2020 revela que a maioria dos sistemas de saúde ainda não conseguiu atingir o potencial máximo dos CSP. Os serviços de saúde devem ter modelos de organização baseados em equipas multiprofissionais, em redes comunitárias, havendo, ainda, um amplo espaço para desenvolver ainda mais o papel dos Enfermeiros dos CSP (OECD, 2020a).

A promoção da saúde é a base da prática da Enfermagem Comunitária. Estando o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar e cooperando com as demais entidades/organizações da comunidade, o seu papel passará pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de maior fragilidade na

transição para uma parentalidade positiva (Tralhão et al., 2020). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve procurar conhecer as respostas aos problemas de saúde e aos processos de vida, de modo a conseguir responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando ganhos efetivos em saúde (OE, 2018). No contexto comunitário, o Enfermeiro é responsável pela identificação das necessidades da comunidade e pela continuidade dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade. Deve articular a sua prática com a de outros profissionais, com parceiros comunitários, num determinado contexto social e económico, tendo sempre como meta a capacitação das comunidades na execução de projetos de saúde coletiva e na melhoria da qualidade de vida da população (OE, 2018).

Ao contrário do que se possa pensar, esta promoção de práticas parentais positivas não envolve grandes esforços financeiros aos sistemas de saúde, principalmente quando comparados aos gastos financeiros a longo prazo decorrentes de práticas parentais negativas. No entanto, muitas das intervenções promotoras de uma parentalidade positiva estão indisponíveis para muitas famílias, visto que não são amplamente promovidas por profissionais ou serviços de saúde (Schmidt et al., 2016). Para além disso, apesar das mudanças nas estruturas familiares e no próprio conceito de família, grande parte dos estudos estão relacionados com estruturas familiares tradicionais (Tralhão et al., 2020).

É por tudo isto que a Declaração de Astana prevê cuidados de saúde primários de qualidade, abrangentes, acessíveis e disponíveis para todos, fornecidos com respeito e dignidade por profissionais de saúde qualificados e motivados (WHO e UNICEF, 2018).



## **PARTE II**

---

### **FASE METODOLÓGICA**

A metodologia de investigação consiste na definição da estratégia de investigação, devendo-se ter em conta não só os objetivos da investigação, mas também se pretendemos estudar uma amostra grande ou pequena, se pretendemos realizar generalizações à população ou se pretendemos estudar um fenómeno em profundidade (Sousa e Batista, 2011). Torna-se, assim, imprescindível abordar a metodologia para a realização deste estudo.

## **1. OBJETIVOS**

Este estudo teve como objetivo geral caracterizar famílias em contexto de vulnerabilidade com filhos em idade pré-escolar, relativamente à sua coesão e adaptabilidade e às competências parentais e socioemocionais das crianças.

Para ser possível atingirmos este objetivo geral foram definidos como objetivos específicos:

- Analisar o grau de coesão e adaptabilidade das famílias;
- Descrever as competências parentais e as competências socioemocionais das crianças.

## 2. PROCEDIMENTOS

A realização deste estudo exigiu o cumprimento de todo um conjunto de normas éticas e deontológicas. Toda a investigação será orientada pelos cinco princípios éticos definidos pelo International Council of Nurses (ICN): o da beneficência (promover o bem para o próprio participante e sociedade), a avaliação da maleficência (avaliação dos riscos possíveis e previsíveis), a fidelidade (estabelecimento de relação de confiança entre o investigador e o sujeito de investigação ou participante do estudo), a justiça (não prestar apoio diferenciado a um grupo em detrimento de outro, procedendo com equidade), a veracidade (informação acerca dos riscos e benefícios) e confidencialidade (salvaguardar a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante o estudo) (ICN, 2012).

Para a elaboração do instrumento de recolha de dados foi submetido um pedido de autorização aos autores da versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III) e da Escala de Competência Parental Percebida (PSOC). Após a obtenção da autorização (Apêndice A), foi-nos possível submeter um pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior (UDI) do Instituto Politécnico da Guarda (IPG). A resposta favorável da Comissão de Ética da UDI do IPG (Anexo A) marca o início de uma nova fase da investigação.

Após os procedimentos referidos anteriormente, submetemos o pedido de autorização para o estudo a duas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) de uma cidade do interior de Portugal (Apêndice B), que prestam apoio a famílias em contexto de vulnerabilidade, dando informação detalhada sobre o tipo de estudo e o instrumento de recolha de dados a ser utilizado. Tendo em conta o contexto da situação pandémica que vivemos, e que poderia limitar a presença da investigadora na entrevista, esta comprometeu-se a cumprir todas as orientações definidas pela DGS no controlo e prevenção da infeção pela “Síndrome Respiratória Aguda Grave – coronavírus 2” (SARS-Cov-2).

Ambas as IPSS autorizaram a realização do estudo (Apêndice B) e a recolha dos dados junto das famílias, tendo esta decorrido em outubro e novembro de 2021. As entrevistas foram realizadas em cada uma das IPSS, numa sala destinada para o efeito, num ambiente tranquilo e que respeitou a privacidade de cada família. O agendamento das entrevistas ficou a cargo das IPSS, articulando com a disponibilidade das famílias. Este foi um processo um pouco mais demorado porque exigia uma maior disponibilidade por parte das famílias em estarem presentes na IPSS para a realização da entrevista, sendo necessário, por vezes, convocar a mesma família mais do que uma vez. A declaração de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice

C) e o instrumento de colheita de dados da investigação (Apêndice D) foram preenchidos no momento da entrevista, em formato papel.

Às famílias que integraram o estudo foi garantido o caráter voluntário da participação, a ausência de prejuízos ou sanções da não participação, o tratamento sigiloso das identidades dos participantes e a disponibilidade dos investigadores para o esclarecimento de dúvidas associadas a todo o processo. Através do consentimento informado, ficou claro que o participante podia retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação sem haver quaisquer consequências para o próprio.

## 2. AMOSTRA

Perante as características desta investigação, optar-se-á pelo método não probabilístico de amostragem por conveniência, uma vez que será selecionada intencionalmente: famílias em contexto de vulnerabilidade, com filhos em idade pré-escolar, que beneficiam de apoio de uma IPSS. Atendendo a estas características temos consciência que este tipo de amostra não é representativo da população, limitando, assim, a generalização da investigação (Sousa e Baptista, 2011).

### 2.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os critérios de seleção da amostra podem ser divididos em critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão definimos:

- famílias em contexto de vulnerabilidade que, mediante intenção de participar voluntariamente no estudo, aceitem realizar a entrevista, independentemente da sua nacionalidade;
- famílias referenciadas pela IPSS;
- famílias com filhos em idade pré-escolar.

Quanto aos critérios de exclusão definimos:

- pais portadores de problemas cognitivos diagnosticados e que sejam do conhecimento dos responsáveis das IPSS, que impeçam a compreensão dos instrumentos utilizados para a recolha de informação e do tipo de estudo (em questões de participação voluntária).

### 3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

No processo de investigação, o investigador deve ter em conta se a informação que quer recolher com a ajuda de um instrumento de medida responde à sua questão de investigação e objetivos propostos. Deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as suas vantagens e inconvenientes. “Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.” (Fortin, 2003:17).

Relativamente ao método de recolha de dados, o questionário foi aplicado individualmente a cada família, preenchido pela investigadora, de forma a poder prestar algum esclarecimento necessário no seu preenchimento. Nele constou um questionário de dados sociodemográficos e três escalas que passaremos a descrever de seguida.

#### 4.1. QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A parte I do instrumento de colheita de dados engloba um conjunto de questões *ad hoc*, que nos permitiu caracterizar a amostra deste estudo, quanto a dados sociodemográficos relativos à criança, aos pais (cuidadores) e à família. Neste sentido, o questionário construído para este estudo contempla várias variáveis, sendo importante descrever de que forma procedemos à sua operacionalização.

##### 3.1.1. Operacionalização das variáveis

As variáveis são aspetos observáveis de um fenómeno, sendo importante operacionalizá-las para que sejam utilizadas de modo adequado na recolha de dados, na análise e interpretação ao longo da investigação (Rodrigues, 1998).

- Idade

A idade é definida pelo número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época de que se fala<sup>3</sup>. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta, permitindo ao entrevistado responder livremente quanto à idade da criança, idade da mãe e idade do pai.

---

<sup>3</sup> Segundo definição em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/idade>

- G nero

O g nero pode ser definido como um conceito que engloba as características comuns de um determinado grupo; categoria resultante da diferenciação sociocultural entre homens e mulheres<sup>4</sup>. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicot mica com duas opções de resposta: feminino (F) ou masculino (M).

- Nacionalidade

Nacionalidade é um grupo social unido pela mesma origem histórica, língua e tradições<sup>5</sup>. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta, permitindo ao entrevistado responder livremente quanto à nacionalidade da criança, da mãe e do pai.

- Frequência do ensino pré-escolar/Tipo de ensino

Em Portugal a educa o pré-escolar é a primeira etapa da educa o básica, destina-se às crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico, sendo constituída por uma rede pública e privada<sup>6</sup>. Neste sentido, operacionalizámos esta variável questionando em primeiro lugar se a criança frequenta o ensino pré-escolar, através de uma resposta fechada com duas opções de resposta: sim (S) ou não (N); e, ainda, o tipo de ensino, com uma resposta fechada com duas opções: público ou privado.

- Problema de saúde identificado

Apesar de a OMS ter desenvolvido a International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)<sup>7</sup>, uma categoriza o e linguagem universal das doenças, com esta variável pretend mos recolher dados numa linguagem perceptível pelos cuidadores da criança. Assim, para operacionalizar esta variável, questionámos em primeiro lugar, numa pergunta fechada, se a criança/mãe/pai tinham algum problema de saúde identificado, com as opções de resposta: sim (S) ou não (N). Relativamente à criança, se respondessem “sim”, eram encaminhados para uma nova questão, sobre a área do problema de saúde

---

<sup>4</sup> Segundo defini o em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/g%C3%A9nero>

<sup>5</sup> Segundo defini o em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/nacionalidade>

<sup>6</sup> Segundo a Lei Quadro da Educa o Pré-Escolar

[http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EInfancia/documentos/lei\\_5\\_1997\\_lei\\_quadro\\_educacao\\_pre\\_escolar.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EInfancia/documentos/lei_5_1997_lei_quadro_educacao_pre_escolar.pdf)

<sup>7</sup> <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>

da criança, apresentando 8 opções de resposta (podendo selecionar mais do que uma): audição, visão, linguagem e/ou fala, comportamento, hiperatividade/déficite de atenção, aprendizagem, desenvolvimento (havendo nesta opção possibilidade de resposta aberta para os responsáveis da criança descreverem a área do problema de desenvolvimento) e, por último, a opção outro (com opção de resposta aberta); no que respeita à mãe e pai, caso respondessem “sim”, eram encaminhados para uma questão de resposta aberta sobre qual o problema de saúde.

- Apoio educativo/especializado que a criança recebe

O apoio educativo especializado abrange todo o sistema de ensino e visa contribuir para a igualdade de oportunidades de sucesso educativo das crianças<sup>8</sup>. De forma a podermos operacionalizar esta variável, questionámos em primeiro lugar se a criança tem algum tipo de apoio educativo especializado, com resposta fechada e duas opções de resposta: sim (S) ou não (N). Se respondessem “sim”, seriam encaminhados para a questão sobre qual tipo de apoio com 6 opções de resposta (podendo selecionar mais do que uma): terapia da fala, fisioterapia, psicologia, neuropediatria, pedopsiquiatria e outro (aqui com a opção de resposta livre).

- Medicação que a criança tome

Sendo esta uma investigação na área da saúde e questionando previamente os cuidadores da criança sobre potenciais problemas de saúde identificados, considerámos importante operacionalizar esta variável através de uma pergunta fechada com duas opções: sim (S) ou não (N). Ao responderem “sim”, seriam encaminhados para uma nova questão, “Qual?”, sendo esta de resposta aberta.

- Estado civil dos pais

O estado civil é definido como a situação jurídica da pessoa, o conjunto de qualidades que definem o seu estado pessoal face às relações familiares<sup>9</sup>. Compreende cinco situações, sendo estas utilizadas para operacionalizar esta variável com as seguintes opções de resposta: casado, união de facto, solteiro divorciado e viúvo.

---

<sup>8</sup> Segundo o despacho <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho-conjunto/105-1997-3269719>

<sup>9</sup> Segundo informação em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5745>



- Qualificação dos pais

Tendo em consideração o Quadro Nacional de Qualificações da Direção-Geral do Ensino Superior<sup>10</sup>, operacionalizámos esta variável através de uma pergunta fechada com nove opções de resposta: menos de 4 anos de escolaridade; 1º ciclo do Ensino Básico; 2º ciclo do Ensino Básico; 3º ciclo do Ensino Básico; Ensino Secundário; Curso Tecnológico/Profissional (equivalente nível secundário); Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.

- Situação profissional dos pais/Grupo profissional

De forma a caracterizar a nossa amostra quanto à situação profissional, questionámos se a mãe e pai se encontravam empregados, operacionalizando esta variável com uma pergunta fechada com duas opções de resposta: sim (S) ou não (N). Caso os pais respondessem afirmativamente, eram questionados quanto ao grupo profissional a que pertenciam. De forma a operacionalizar esta variável, tivemos em conta a Classificação Portuguesa das Profissões, do Instituto Nacional de Estatística - 2011<sup>11</sup>, com dez opções de resposta: profissões das forças armadas; representantes do Poder Legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; especialistas das atividades intelectuais e científicas; técnicos e profissões de nível intermédio; pessoal administrativo; trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; trabalhadores não qualificados.

- Estrutura familiar

De forma a ser possível categorizar o tipo de família da criança, operacionalizámos esta variável através de uma pergunta fechada com cinco opções de resposta: nuclear (pais e filhos); alargada (pais, filhos e avós/tios); reconstruída (pelo menos um dos membros tem filhos de uma anterior relação); monoparental (apenas um responsável legal pela criança); biparental (guarda partilhada da criança) (Dias, 2011).

---

<sup>10</sup> Disponível em [https://www.dges.gov.pt/pt/quadro\\_qualificacoes?plid=371](https://www.dges.gov.pt/pt/quadro_qualificacoes?plid=371)

<sup>11</sup> Disponível em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/CPP2010.pdf>

- Agregado familiar

Definido como o grupo de indivíduos, vinculados por relações jurídicas familiares, que habitam com a criança<sup>12</sup>, de forma a operacionalizar esta variável definiu-se uma questão de resposta fechada, com 4 opções de resposta: 2; 3; 4; mais do que 4 (>4).

- Número de irmãos que a criança possui

Para podermos caracterizar o agregado familiar, questionou-se o número de irmãos da criança através de uma resposta fechada, com cinco opções de resposta: 0; 1; 2; 3; igual ou superior a 4 (»4).

- Idade dos irmãos

De forma a operacionalizar esta variável foi necessário definir quatro questões: idade do 1º irmão (em anos); idade do 2º irmão (em anos); idade do 3º irmão (em anos); idade do 4º irmão (em anos). Para cada uma destas questões, foram definidas sete opções de resposta, sendo necessário recodificá-las em classes etárias: «1; [2-4]; [5-7]; [8-9]; [10-12]; [13-15]; [16-18].

- Características habitacionais

Para podermos operacionalizar esta variável, procurando caracterizar a amostra quando a fatores socioeconómicas e condições habitacionais, foi elaborada uma questão fechada sobre a casa (qualquer edifício destinado a habitação; local onde se vive<sup>13</sup>) onde a criança habita, com quatro opções de resposta: própria; alugada; de familiares; outro (com opção de resposta aberta). De seguida, questionou-se se a casa tem jardim ou espaço exterior onde a criança possa brincar, numa questão fechada, com opções de resposta: sim (S) ou não (N). Por último, ainda em relação às características habitacionais, questionou-se ainda se a criança partilha o quarto com mais alguém, através de uma questão fechada, igualmente com duas opções de resposta: sim (S) ou não (N). Se responderem “sim”, são encaminhados para outra questão de resposta aberta: “se sim, com quem?”.

- Informação sobre acesso a novas tecnologias

A última variável que compõe este questionário sociodemográfico diz respeito ao acesso à internet. Sendo definida como uma rede mundial de comunicação por

---

<sup>12</sup> Segundo definição em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1474>

<sup>13</sup> Segundo definição em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/casa>

computadores e que permite o acesso a grande quantidade de informação<sup>14</sup>, a operacionalização desta variável foi realizada através de uma pergunta fechada com duas opções de resposta: sim (S) ou não (N). Foi ainda questionado se a criança tem acesso a computador (aparelho eletrónico capaz de receber, armazenar e processar uma grande quantidade de informação<sup>15</sup>) ou *tablet* (dispositivo eletrónico portátil, com ecrã tátil, usado para visualização de ficheiros, entretenimento e comunicação móvel<sup>16</sup>), igualmente em pergunta fechada com opção de resposta sim (S) ou não (N).

#### 4.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES versão III) foi desenvolvida por Olson, Portner e Lavee (1985) tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Curral, Dourado, Torres, Barros, Palha e Almeida (1999). Recentemente, foi realizado um novo estudo para adaptação e exploração das características psicométricas da “Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar” (FACES III) à população Portuguesa (Nunes, Ayala-Nunes, Ferreira e Martins, 2021), tendo sido esta versão a usada neste estudo (Apêndice D).

A escala de FACES III corresponde à terceira versão deste instrumento e é um instrumento psicométrico que pretende avaliar as duas dimensões centrais do modelo circumplexo dos sistemas familiares: a coesão e adaptabilidade familiar. É uma escala de autorrelato, incentivando os participantes a descreverem da melhor forma a sua família na atualidade. Pode ser aplicada ao longo de todos os ciclos vitais da família e a todos os seus membros que tenham mais de 12 anos de idade (Nunes et al., 2021).

A FACES III é constituída por vinte itens: os dez itens ímpares são relativos à coesão (integra a avaliação de cinco subcategorias, entre elas: o vínculo emocional, o apoio, os limites familiares, o lazer e amigos e os interesses) e os dez itens pares relativos à adaptabilidade (tem quatro subcategorias associadas: liderança, controlo, disciplina e as regras e papéis). As respostas são dadas através de uma escala tipo likert de 1 a 5 pontos (1 corresponde a “nunca ou quase nunca”; 2 corresponde a “poucas vezes”; 3 corresponde “às vezes”; 4 corresponde “com frequência”; 5 corresponde “quase sempre”) (Nunes et al., 2021; Olson et al., 1985).

---

<sup>14</sup> Segundo definição em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/internet>

<sup>15</sup> Segundo definição em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/computador>

<sup>16</sup> Segundo definição em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/tablet>

A pontuação total de cada uma das dimensões, coesão e adaptabilidade, varia entre 10 e 50 pontos. O resultado final permite-nos classificar a família quanto à adaptabilidade familiar (por ordem crescente) em rígida, estruturada, flexível e caótica; quanto à coesão, a família pode ser igualmente classificada por ordem crescente em desmembrada, separada, ligada e emaranhada (Olson et al., 1985).

Em termos psicométricos, a escala apresenta uma boa consistência interna e validade do constructo, principalmente na coesão. Apesar de a adaptabilidade apresentar resultados insatisfatórios nos indicadores psicométricos no estudo de Nunes et al. (2021), e mesmo tendo sido já traduzida e adaptada à população Portuguesa uma versão da FACES IV (Gouveia-Pereira et al., 2020), a verdade é que a FACES III continua a ser um instrumento de grande confiabilidade, adequada para avaliar o funcionamento familiar, com bom poder discriminatório para diferenciar grupos familiares com e sem problemas clínicos, sendo igualmente um instrumento útil para avaliar as forças e fragilidades das famílias em risco psicossocial (Nunes et al., 2021).

#### 4.3. ESCALA DE COMPETÊNCIA PARENTAL PERCEBIDA

A escala Parenting Sense of Competence (PSOC) foi originalmente desenvolvida por Johnston e Mash (1989), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Nunes, Jiménez, Menéndez, Nunes-Ayala e Hidalgo (2016), permitindo medir a “Competência Parental Percebida” como mãe ou pai, através de duas subescalas: a eficácia e a satisfação parental (Apêndice D). A satisfação parental pressupõe a perceção de uma relação positiva ente aquilo que os pais obtêm no exercício da parentalidade comparativamente com as expectativas iniciais. Já a eficácia parental diz respeito ao grau em que os pais se sentem capazes de desenvolver uma parentalidade eficaz (Menéndez, Jiménez e Hidalgo, 2011).

Esta escala é composta por 16 itens: 7 itens são relativos à eficácia parental (1,6,7,10,11,13,15) e 9 itens dizem respeito à satisfação com o papel parental (itens 2,3,4,5,8,9,12,14,16) numa escala de 1 a 6 (1 corresponde “não, totalmente em desacordo” e 6 corresponde “sim, totalmente de acordo). A escala PSOC tem sido usada em vários estudos com famílias em contexto de vulnerabilidade (Menéndez et al., 2011). Existem ainda trabalhos que propõem a presença de uma terceira subescala: a controlabilidade (Menéndez et al., 2011; Nunes Lemos e Nunes, 2014), que se refere ao grau em que os pais se sentem responsáveis pela educação dos seus filhos. Mas face às características da amostra e também devido à reduzida aplicação desta subescala noutros estudos, não considerámos esta dimensão para este estudo.

Quanto aos testes de consistência interna, ambas as subescalas apresentaram no estudo de Nunes et al. (2014) valores satisfatórios, com  $\alpha$  – Cronbach superior a 0,60. Na análise dos dados obtidos, os itens da eficácia parental cotam-se diretamente; os itens da satisfação parental devem ser invertidos antes de somar as pontuações obtidas nos 16 itens (consultar Anexo B) e que refletem a competência parental percebida (Nunes et al., 2014)

#### 4.4. QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES

O Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) é um questionário desenvolvido originalmente por Goodman (1997), sendo traduzido para a população portuguesa como “Questionário de Capacidades e Dificuldades” (Apêndice D). A sua utilização é gratuita, estando disponível sem custos quando não usado para fins comerciais<sup>17</sup>. O facto de o SDQ apresentar uma boa validade interna, se encontrar traduzido e validado para mais de 40 línguas (incluindo o Português) torna-o um dos instrumentos mais abrangentes na investigação de comportamentos, relações interpessoais e emoções de crianças. A versão utilizada neste estudo será a versão para pais que permite avaliar crianças em idade pré-escolar, de uma forma breve, mas ao mesmo tempo bastante abrangente.

Esta escala é composta por 25 itens distribuídos por cinco subescalas (sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social). Entre as cinco subescalas, quatro permitem avaliar comportamentos associados a problemas e uma permite avaliar uma competência. Há três alternativas de resposta: “Não é verdade” (contabilizado com 0 pontos), “É um pouco verdade” (contabilizado com 1 ponto) e “É muito verdade” (contabilizado com 2 pontos). A pontuação total das dificuldades é obtida através da soma da pontuação total de todas as escalas, com exceção da escala “comportamento pró-social”. Assim, a pontuação final pode variar entre 0 e 40. Para cada avaliação das subescalas apresenta-se uma classificação “normal”, “limítrofe” ou “anormal”. A cotação e interpretação dos resultados do questionário SDQ, versão pais, pode ser consultado no Anexo C.

O algoritmo SDQ permite detetar situações específicas para distúrbios de comportamento, hiperatividade ou distúrbios emocionais, sendo capaz de detetar crianças com problemas de saúde mental com razoável eficiência (Goodman, Ford, Simmons et al., 2018).

---

<sup>17</sup> No site (<https://www.sdqinfo.org/>) encontramos a seguinte informação sobre direitos de autor: "COPYRIGHT NOTICE: Paper versions may be downloaded and subsequently photocopied without charge by individuals or non-profit organizations provided they are not making any charge to families. (...)"

Tendo sido amplamente usado em crianças em idade escolar, alguns autores sentiram a necessidade de verificar as características antropométricas da escala quando aplicada a crianças em idade pré-escolar. Foi o caso o estudo de Dahlberg, Ghaderi, Sarkadi et al. (2019) ou no estudo de Santos e Celeri (2018), cujos estudos demonstraram que esta escala pode ser usada em crianças em idade pré-escolar, funcionando como um bom instrumento de triagem, havendo uma igual confiabilidade nos diferentes respondentes (pais ou professores).

## **5. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS**

As análises estatísticas do conjunto de dados que foram recolhidos no âmbito deste estudo foram realizadas com recurso ao programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25. Para a análise dos dados recorreu-se a procedimentos de estatística descritiva, calculando-se a média, desvio-padrão e frequências, caracterizando a amostra e os níveis de coesão e adaptabilidade familiar, competências parentais percebidas e a perceção das capacidades e dificuldades das crianças.

### **PARTE III**

---

### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



## **1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

De acordo com os objetivos delineados, a amostra é constituída por famílias em contexto de vulnerabilidade, que tenham filhos em idade pré-escolar e que estejam referenciadas pelas duas IPSS participantes no estudo. Segundo informação das mesmas, a IPSS 1, dá apoio a 10 famílias residentes nesta cidade do interior, referenciadas em contexto de vulnerabilidade, com filhos em idade pré-escolar, mas apenas 9 compareceram para realização da entrevista; a IPSS 2 refere dar apoio a 5 famílias vulneráveis com filhos em idade pré-escolar, residentes na mesma cidade, mas apenas 4 compareceram para entrevista e aceitaram participar no estudo. Assim, a amostra utilizada neste estudo integra 13 famílias, que responderam ao questionário na sua totalidade, em formato papel.

Recorrendo ao software Epi Info ® para cálculo do tamanho da amostra face à nossa população, para um nível de confiança superior ou igual a 95%, com limite de confiança a 5% e uma frequência esperada de 50%, o tamanho da amostra devia corresponder a 14 famílias participantes. Como apenas participaram 13 famílias, o nível de confiança neste estudo é de 90%. Todos os questionários foram respondidos pela mãe da criança. Iremos descrever de seguida os dados sociodemográficos que nos permitem caracterizar de melhor forma a nossa amostra.

### **1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

O questionário sociodemográfico permitiu-nos recolher dados que nos permitem caracterizar as famílias participantes no estudo, as crianças, a mãe e o pai, como principais cuidadores/responsáveis da criança. Iremos descrever cada um em separado de seguida.

#### **1.1.1. Características sociodemográficas da criança**

Os dados sociodemográficos das crianças encontram-se resumidos na tabela 1. No que respeita às crianças em que o questionário se centra, 53,8% são do género feminino e a idade com frequência mais elevada são os 5 anos, com 46,2% das respostas, seguido dos 3 anos (30,8%) e 4 anos (23,1%).

A maioria das crianças são de nacionalidade Portuguesa, havendo 1 criança de nacionalidade Albanesa, 1 criança de nacionalidade Indiana e 1 criança Brasileira. Quanto à frequência do ensino pré-escolar, 84,6% das crianças frequentam este tipo de ensino, sendo que, desta percentagem, apenas 1 criança frequenta o ensino privado, enquanto as restantes (90,9%) frequentam o ensino público.

Quando questionadas sobre a situação de saúde das crianças, houve referência a 2 crianças com um problema de saúde identificado, nomeadamente “autismo” e “sopro cardíaco”. Relativamente aos apoios educativos/especializados, 2 crianças recebem ambas “terapia da fala” e uma recebe ainda “Neuropediatria, Pedopsiquiatria e intervenção precoce”, estando apenas 1 destas crianças que recebem apoio especializado associada a um problema de saúde. No que respeita à toma de medicação, apenas 1 criança o faz diariamente, tomando “furosemida” e “antihipertensor”, sendo que a mãe da criança não conseguiu especificar dosagens e nome do medicamento.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da criança

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Género</b>		
Feminino	7	53,8
Masculino	6	46,2
<b>Idade</b>		
3	4	30,7
4	3	23,1
5	6	46,2
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	10	76,9
Albanesa	1	7,7
Indiana	1	7,7
Brasileira	1	7,7
<b>Frequência ensino pré-escolar</b>		
Sim	11	84,6
Não	2	15,4
<b>Problema de saúde</b>		
Sim	2	15,4
Não	11	84,6
<b>Apoio educativo/especializado</b>		
Sim	2	15,4
Não	11	84,6
<b>Toma medicação</b>		
Sim	1	7,7
Não	12	92,3

### 1.1.2. Características sociodemográficas da mãe

No que respeita aos dados da mãe (consultar tabela 2), podemos verificar que as suas idades variam entre os 22 e os 39 anos, com uma média de idade de 29,62. Quanto ao estado civil, grande parte são solteiras com 46,2%, seguidas do estado civil casadas com 38,5% e 15,4% em

união de facto. Quanto à nacionalidade, a maioria são Portuguesas (53,8%), havendo ainda 2 mães de nacionalidade Brasileira e Indiana, 1 mãe de nacionalidade Albanesa e 1 mãe São Tomense.

Questionadas sobre a sua qualificação, o nível de habilitação literária máxima indicada corresponde à licenciatura, com 1 caso, sendo o mais frequente menos de 4 anos de escolaridade (n=5). Quando nos debruçamos sobre a situação profissional da mãe, constata-se que apenas 1 das 13 mães que compõem a amostra trabalha, sendo que esta mãe exerce a sua atividade profissional como trabalhadora não qualificada. Em relação aos problemas de saúde, apenas 1 mãe refere ter um problema de saúde diagnosticado, referindo ser “hipertensão arterial”.

**Tabela 2** - Características sociodemográficas da mãe

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada	5	38,4
União de facto	2	15,4
Solteira	6	46,2
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	7	53,8
Albanesa	1	7,7
Indiana	2	15,4
Brasileira	2	15,4
São Tomense	1	7,7
<b>Qualificação</b>		
Menos de 4 anos de escolaridade	5	38,4
1º ciclo Ensino Básico	1	7,7
2º ciclo Ensino Básico	2	15,4
3º ciclo Ensino Básico	1	7,7
Ensino Secundário	3	23,1
Licenciatura	1	7,7
<b>Trabalha</b>		
Sim	1	7,7
Não	12	92,3
<b>Grupo profissional</b>		
Trabalhador não qualificado	1	7,7
<b>Problema de saúde</b>		
Sim	1	7,7
Não	12	92,3

### 1.1.3. Características sociodemográficas do pai

Relativamente aos pais que compõem esta amostra, a sua frequência (n) é 12 e não 13 como o resto da amostra nos outros grupos, porque há uma família monoparental no estudo, não havendo dados de outro cuidador a não ser da mãe. A idade dos pais deste estudo varia entre os 26 e os 47 anos, com uma média de idade de 35,42. Quanto ao estado civil, 41,7 % são casados, com a

mesma percentagem de solteiros, seguidos de 16,6% que referem a união de facto. Quanto à nacionalidade, tal como acontece com as mães, a maioria são Portugueses (58,4%), havendo ainda 2 pais de nacionalidade Brasileira, 1 pai de nacionalidade Albanesa e 1 pai São Tomense. Quando nos debruçamos sobre a qualificação dos pais, o nível de habilitação literária máxima indicado corresponde à licenciatura, aqui com 2 casos, seguido do 3º ciclo do Ensino Básico (n=4) e ensino Secundário (n=3). Quanto à situação profissional do pai constata-se que 5 pais trabalham, mas mantém-se uma maior frequência de pais que não trabalham (n=7), tal como acontece com as mães. Dos 5 pais que exercem atividade profissional, 3 pertencem ao grupo profissional de trabalhadores não qualificados, 1 aos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e 1 aos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices. Em relação aos problemas de saúde, tal como acontece no grupo das mães, aqui também apenas 1 pai refere ter um problema de saúde diagnosticado, referindo ser “diabetes mellitus tipo 2”.

**Tabela 3** - Características sociodemográficas do pai

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem válida (%)</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada	5	41,7
União de facto	2	16,6
Solteira	5	41,7
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	7	58,4
Albanesa	1	8,3
Francesa	1	8,3
Brasileira	2	16,7
São Tomense	1	8,3
<b>Qualificação</b>		
Menos de 4 anos de escolaridade	1	8,3
1º ciclo Ensino Básico	1	8,3
2º ciclo Ensino Básico	1	8,3
3º ciclo Ensino Básico	4	33,4
Ensino Secundário	3	25,0
Licenciatura	2	16,7
<b>Trabalha</b>		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
<b>Grupo profissional</b>		
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1	20,0
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	20,0
Trabalhador não qualificado	3	60,0
<b>Problema de saúde</b>		
Sim	1	8,3
Não	11	91,7

#### 1.1.4. Características sociodemográficas da família

O questionário sociodemográfico permitiu-nos, ainda, caracterizar a estrutura familiar da criança. A amostra é composta por 1 família monoparental, 3 famílias alargadas e 9 famílias nucleares (69,2%). A casa onde habitam é na sua maioria alugada, com 61,5% das famílias estudadas, havendo ainda referência a residência em casa de familiares (23,1%) e 2 famílias referem residir em habitações sociais (15,4%).

O agregado familiar das famílias participantes no estudo é na maioria composto por mais de 4 pessoas (53,8%), seguido de 4 elementos com 30,8%. Quanto ao número de irmãos, 38,5% das crianças participantes no estudo têm 1 (n=5) ou 2 (n=5) irmãos, sendo de referir que apenas 1 criança tem 3 irmãos (7,7%) e 2 crianças não têm irmãos (15,3%). No total da amostra das 13 crianças, contabilizam-se 18 irmãos. As idades dos irmãos distribuem-se por vários grupos etários (consultar tabela 4), sendo os grupos mais frequentes, irmãos com idade compreendida entre os 4 e os 6 anos (27,8%), e irmãos com idade menor ou igual a 1 ano (22,2%).

**Tabela 4** – Dados sociodemográficos da família, quanto ao número de irmãos e suas idades

	Frequência (n)	Percentagem (%)
<b>Número irmãos</b>		
0	2	15,3
1	5	38,5
2	5	38,5
3	1	7,7
<b>Idade dos irmãos</b>		
«1	4	22,2
[1-3]	2	11,1
[4-6]	5	27,8
[7-9]	0	0
[10-12]	3	16,7
[13-15]	1	5,5
[16-18]	3	16,7

Ainda em relação à família, quando questionados sobre a existência ou não de um jardim/espço exterior na casa onde a criança possa brincar, a maioria, 61,5%, refere não habitar numa casa com essas condições. A grande maioria das crianças partilha o quarto (92,3%), principalmente com os irmãos (n= 9). No que respeita às novas tecnologias, 92,3% das famílias referem ter acesso à internet em casa, ou seja, apenas 1 família do estudo não tem. Quanto ao acesso a computador ou *tablet* por parte da criança, 61,5% das mães refere que a criança tem acesso a esses recursos tecnológicos em casa, enquanto 38,5% refere não ter (ver tabela 5).

**Tabela 5** – Dados sociodemográficos da família

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Estrutura familiar</b>		
Nuclear	9	69,2
Alargada	3	23,1
Monoparental	1	7,7
<b>Casa onde habitam</b>		
Alugada	8	61,5
Famíliares	3	23,1
Habitação social	2	15,4
<b>Casa com jardim/espço exterior</b>		
Sim	5	38,5
Não	8	61,5
<b>Agregado familiar</b>		
2 pessoas	1	7,7
3 pessoas	1	7,7
4 pessoas	4	30,8
> 4 pessoas	7	53,8
<b>Criança partilha o quarto</b>		
Sim	12	92,3
Não	1	7,7
<b>Com quem partilha o quarto</b>		
Pais	2	23,08
Irmãos	10	76,92
<b>Acesso a internet</b>		
Sim	12	92,3
Não	1	7,7
<b>Acesso a computador/tablet</b>		
Sim	8	61,5
Não	5	38,5

## 2. ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR, COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS E DIFICULDADES E CAPACIDADES DOS FILHOS: ESTUDO DESCRITIVO

O instrumento de colheita de dados deste estudo incluía três escalas que nos permitiram descrever os níveis de adaptabilidade e coesão familiar, as competências parentais percebidas e a percepção das mães quanto às dificuldades e capacidades dos filhos. Consideramos que as três escalas foram de fácil e rápida aplicabilidade, com uma linguagem facilmente percebida pelas famílias participantes.

Tal como já foi referido, a reduzida dimensão apenas nos permite realizar uma análise descritiva das frequências e médias de cada dimensão. Iremos analisar cada uma delas separadamente.

### 2.1. NÍVEIS DE ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR

A aplicação da escala FACES III permitiu-nos avaliar os níveis de adaptabilidade e coesão familiar. Analisando os dados apresentados na tabela 6, podemos verificar que em relação à adaptabilidade familiar, os valores oscilam entre os 24 e 38 pontos e a dispersão das respostas corresponde a 4,54. Em média, as famílias têm um nível de adaptabilidade familiar de 29,31. Tendo em conta a amplitude desta subescala da FACES III (min= 10; máx= 50), podemos considerar que esta amostra tem um nível de adaptabilidade familiar moderado, considerado por Olson (2000) como um nível estruturado.

**Tabela 6** – Análise descritiva das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Adaptabilidade</b>	13	24	38	29,31	4,54
<b>Coesão</b>	13	40	49	45,00	2,35
<b>FACES III total</b>	13	64	87	74,31	6,66

No que concerne à coesão familiar, esta apresenta um valor médio de 45,00 (uma maior pontuação média em comparação com a adaptabilidade), onde os valores oscilam entre 40 e 49, com um desvio padrão de 2,35. Tendo em conta os valores mínimos e máximos desta subescala

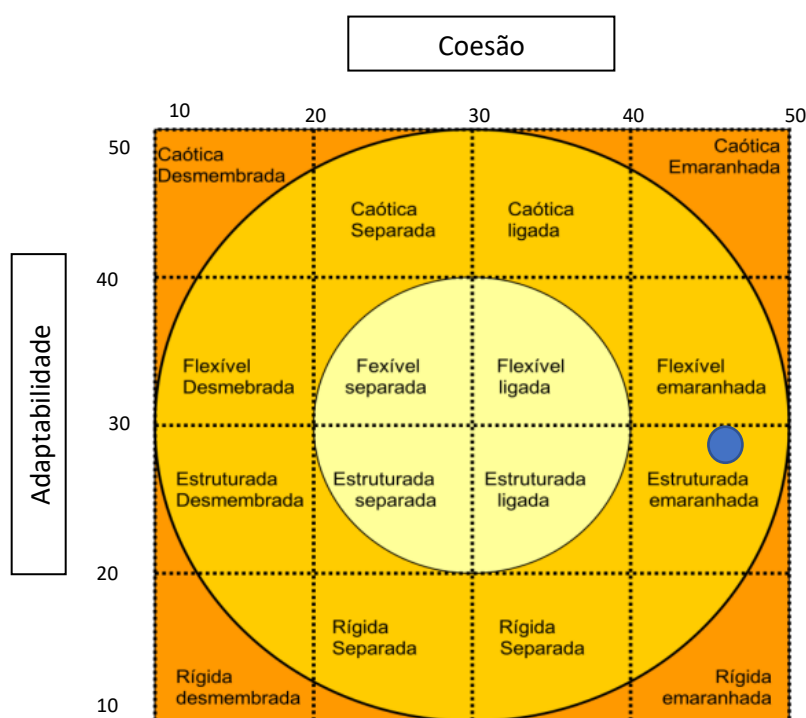
(min=10; máx= 50), verificamos que as famílias deste estudo têm um nível de coesão familiar extremamente alto, considerado por Olson (2000) como o nível emaranhado.

Se compararmos as pontuações ponderadas para cada uma das duas dimensões da FACES III (tabela 7), verificamos que as famílias participantes apresentam uma maior coesão familiar comparativamente à adaptabilidade familiar.

**Tabela 7** – Pontuações ponderadas das dimensões de adaptabilidade e coesão familiar

	Frequência (n)	Média ponderada
Adaptabilidade	13	2,93
Coesão	13	4,50

Resumindo, e de forma a facilitar a leitura dos resultados obtidos, podemos verificar na figura 3 que as famílias que integram o nosso estudo podem ser classificadas como estruturada/emaranhada, quanto à adaptabilidade e coesão familiar, respetivamente.



**Figura 3** – Caracterização das famílias em estudo quanto à adaptabilidade e coesão familiar, segundo o Modelo Circumplexo de Olson

**Fonte:** Elaboração própria, baseado em Olson (2000)



## 2.2. COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS

A avaliação das competências parentais percebidas foi possível através da aplicação da escala PSOC. Relembramos que, antes de obter os dados estatísticos relativos a esta amostra, foi necessário inverter os itens 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14 e 16, que dizem respeito à satisfação parental (ou seja, se o participante respondeu 6, a resposta será codificada como 1 e assim sucessivamente).

Ao analisarmos os dados da tabela 8, constatamos que as mães apresentam um nível de eficácia e satisfação parental elevados e muito semelhantes, com uma média de 36,23 e 36,08 pontos, respetivamente, aproximando-se dos valores máximos em ambas as dimensões.

A competência parental percebida, obtida através da soma das duas dimensões, tem uma média elevada de 72,31.

**Tabela 8** – Análise descritiva das dimensões de eficácia e satisfação parental

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Eficácia</b>	13	26	42	36,23	4,27
<b>Satisfação</b>	13	27	46	36,08	5,25
<b>PSOC total</b>	13	60	88	72,31	7,40

## 2.3. PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES E CAPACIDADES DOS FILHOS

Analisando as dificuldades e capacidades das crianças que compõem a amostra através da escala SDQ, verifica-se que a dimensão “comportamento pró-social” é a que apresenta uma média mais elevada, com 9,15 pontos, aproximando-se do valor máximo (máx= 10) desta subescala. De seguida, temos a subescala “sintomas emocionais”, com uma média de 1,54 e a subescala “problemas com colegas”, com 4,54 pontos, como se pode ver na tabela 9 (ver página seguinte).

Relativamente à pontuação total das dificuldades e capacidades (tendo-se excluído os dados referentes à subescala “comportamento pró-social”) o valor médio é de 15,08, sendo que a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40.

**Tabela 9** – Análise descritiva das 5 dimensões da escala SDQ

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Sintomas emocionais</b>	13	0	3	1,54	1,13
<b>Problemas comportamento</b>	13	1	5	2,31	1,38
<b>Hiperatividade</b>	13	3	10	6,69	2,43
<b>Problemas com colegas</b>	13	4	7	4,54	,96
<b>Comportamento pró-social</b>	13	5	10	9,15	1,46
<b>SDQ total</b>	13	9	22	15,08	4,61

**PARTE IV**

---

**DISCUSSÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

## 1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados obtidos, tendo em conta os objetivos deste estudo. Iremos iniciar por uma breve análise das características sociodemográficas das famílias participantes no estudo, seguida de uma análise crítica quanto aos níveis de adaptabilidade e coesão familiar, competências parentais percebidas e a percepção das capacidades e dificuldades dos filhos. Relembramos que os dados deste estudo reportam à opinião da mãe, visto que todos os questionários obtidos foram única e exclusivamente respondidos pelas mães das crianças.

### 1.1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DAS FAMÍLAS EM ESTUDO

Este estudo retrata o perfil de famílias em contexto de vulnerabilidade e com esta delimitação de estudo, sabemos, à partida, que teremos famílias participantes com aspetos individuais ou contextos coletivos que levem a uma maior vulnerabilidade de fatores que afetem os seus determinantes sociais da saúde, assim como, os recursos necessários para os resolverem (Ramirez et al., 2008).

Todos os questionários realizados para este estudo, foram respondidos por mães. Quando a IPSS realizava a convocatória para a família estar presente para a entrevista, era referido que poderia estar a mãe, pai, ambos ou outros cuidadores responsáveis pela criança. No entanto, verificou-se que apenas esteve sempre presente a mãe das crianças, tal como corroborado por outros estudos já realizados (Benatti, Pereira, Santos e Paiva, 2020; Ribeiro, Gomes e Felizardo, 2015; Buhr e Tannen, 2020; Haar et al., 2020), onde a maioria dos participantes eram mães. O próprio relatório do Instituto Nacional de Estatística (INE) sobre “Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal” vem ao encontro dos resultados obtidos no nosso estudo, onde refere que, o acompanhamento parental nos primeiros meses de vida das crianças, os cuidados a menores e pessoas dependentes, são, ainda, maioritariamente assegurados pelas mulheres (INE, 2012).

A maioria das crianças desta amostra são do género feminino. Nos últimos censos realizados em 2021, 52% da população portuguesa é do género feminino (INE, 2021a), mas os últimos dados estatísticos referentes ao género dos nados-vivos verificam que a tendência tem sido mais significativa no género masculino. Já em relação à idade das crianças, sendo um critério de inclusão no estudo a criança estar em idade pré-escolar, verifica-se que todas as crianças em que se centra o questionário têm idades compreendidas entre os 3 e 5 anos de idade, correspondendo assim aos critérios de inclusão inicialmente delineados.

No que respeita à nacionalidade das crianças e respetivos pais, a maioria é de nacionalidade Portuguesa, mas verifica-se um pequeno número de migrantes<sup>18</sup>. Apesar de, em 2020, o distrito da Guarda estar definido pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) como o distrito de Portugal com menos população estrangeira residente, o que se verifica é que o saldo migratório em Portugal tem sido positivo e crescente (SEF, 2020). Se tivermos em conta a reduzida dimensão da amostra, 13 famílias, a verdade é que nessas famílias temos 3 crianças, 6 mães e 5 pais de nacionalidade estrangeira. Portanto, este é um dado relevante quanto às características sociodemográficas destas famílias em contexto de vulnerabilidade e que vem ao encontro dos últimos dados da Organização Internacional para a Migração (OIM) quanto ao número crescente de migrantes em todo o mundo (OIM, 2020).

A integração social e a igualdade de oportunidades têm merecido um maior destaque nas políticas dos vários governos, promovendo a inclusão social, principalmente nos grupos mais vulneráveis, incluindo a população migrante, considerada um grupo prioritário. Face aos problemas migratórios que todos temos conhecimento na atualidade, é preciso entender a migração como um movimento de grande impacto que está a mudar o mundo.

Na maioria das vezes ocorre devido a processos sociais, económicos, que muitas vezes não deixam outra alternativa a quem emigra. Mas temos de encarar os migrantes como pessoas com história, carregados da sua cultura, de competências específicas que desenvolveram ao longo dos seus anos de existência, ao longo das relações interpessoais que promoveram, da atividade profissional que exerceram no seu país de origem e que, de alguma forma, possam contribuir para o desenvolvimento do país que os acolhe, da comunidade que integram. As condições sociais, como oportunidades de emprego ou o acesso a cuidados de saúde especializados, são determinantes sociais da saúde que podem afetar a saúde individual dos elementos destas famílias, mas também da comunidade que os integra (OIM, 2020).

Dando seguimento à análise crítica dos dados sociodemográficos da amostra, apenas 2 crianças não frequentam o ensino pré-escolar, sendo que a grande maioria frequenta o ensino público. Estes dados vêm ao encontro da taxa real de escolarização na educação pré-escolar em Portugal, no ano de 2019, que era de 92,2%, uma taxa crescente nos últimos anos (PORDATA, 2021a).

Outro aspeto a salientar diz respeito à qualificação e situação profissional dos pais. As mães são as que apresentam um nível de qualificação mais baixo, comparativamente aos pais.

---

<sup>18</sup> A Organização Internacional para as Migrações define um migrante como qualquer pessoa que se mude ou se desloque através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado, longe do seu local habitual de residência, independentemente do estatuto legal da pessoa; do movimento ser voluntário ou involuntário; das causas do movimento ou da duração da estadia (OIM, 2020).

Também elas representam maioritariamente os desempregados da amostra em estudo. Estes dados contrariam, mais uma vez, os dados do INE que referem que a taxa de escolaridade do ensino superior entre os 25 e os 64 anos é superior nas mulheres (INE, 2021b). Mas, se por um lado as mulheres se destacam neste nível de escolaridade, por outro lado existe uma proporção mais elevada de mulheres sem qualquer nível de escolaridade completo (INE, 2012) e nesta amostra temos 5 mães que referem ter menos de 4 anos de escolaridade.

De facto, a existência ou não de filhos e a escolaridade são variáveis que influenciam de forma relevante a probabilidade da mulher em participar no mercado de trabalho (OECD, 2020b). No que respeita ao emprego, as mães migrantes estão sempre em maior risco de serem excluídas do mercado de trabalho e a sua carreira profissional é mais dificultada pela maternidade, devido também ao seu maior número de filhos do que as mulheres nativas daquele país (OECD, 2020b). Nas mulheres nativas, por exemplo, uma mulher com ensino secundário tem uma vantagem de 8 pontos percentuais ou de 14,5 pontos percentuais quando falamos no ensino superior, quando comparada com uma que tenha um nível de escolaridade até ao 3º ciclo (INE, 2012). A educação é considerada um dos determinantes sociais da saúde mais relevantes, e a escolaridade da mãe é uma das variáveis mais relevantes para a saúde e bem-estar dos filhos. Se tivermos em consideração os objetivos da agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas<sup>19</sup>, compreendemos que a educação de qualidade, equitativa e inclusiva, é um tema fulcral.

Outra grande questão que deveremos aqui abordar e que não deve ser esquecida é o espaço temporal em que foi realizado este estudo. Estamos perante uma pandemia, que certamente veio demarcar ainda mais as fragilidades destas famílias em contexto de vulnerabilidade. Têm sido vários os estudos realizados pela OECD e muitos mais virão a ser desenvolvidos, certamente.

O estudo “Risks That Matter 2020” realizado pela OCDE apresenta-nos evidências sobre os efeitos desproporcionalmente negativos que a COVID-19 trouxe para as mulheres. Quando os estabelecimentos escolares foram fechados, foram as mães que assumiram o peso do trabalho adicional não remunerado (61,5% das mães de crianças menores de 12 anos assumiram a maior parte ou totalidade do trabalho extra de cuidados), sofrendo penalizações no mercado de trabalho. Nesta sequência, o mesmo estudo revela que as mães de crianças menores de 12 anos foram o grupo com maior probabilidade de passar do *status* de “empregado” para “não empregado” entre o quarto trimestre de 2019 e o terceiro trimestre de 2020 (OECD, 2021a). Portanto, se mesmo antes da pandemia as mães migrantes participantes neste estudo já demonstravam fragilidades no mercado de trabalho, agora em contexto pandémico estas fragilidades tendem a agravar-se.

---

<sup>19</sup> <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

No que respeita à estrutura familiar, estas famílias são, na sua maioria, famílias nucleares, havendo 3 famílias alargadas, que residem em casa de familiares, como por exemplo os pais. Neste estudo temos 1 família monoparental, que segundo dados do INE esta estrutura familiar tem vindo a crescer nos últimos anos, mas maioritariamente com a mulher como cuidadora formal da criança (INE, 2021c) como se verifica neste caso. Relativamente ao agregado familiar, segundo o PORDATA (2021b), desde 2015 houve uma redução média dos agregados para 2,5 pessoas em Portugal, tendo-se mantido estável desde essa data. No entanto, neste estudo a maioria das famílias têm no seu agregado mais de 4 pessoas, muito devido ao facto de terem uma estrutura familiar alargada ou devido ao número de filhos.

Relativamente à idade das mães e pais das crianças, a média de idades das mães situa-se nos 29,62 e dos pais nos 35,42 anos. Portanto, temos uma média de idades das mães mais baixa comparativamente aos pais. No entanto, os últimos dados do PORDATA referem que as mulheres são mães cada vez mais tarde, com uma idade média no nascimento do primeiro filho de 30,7 anos (PORDATA, 2021c). Mas tendo em conta que a maioria das mães que compõem esta amostra têm mais do que um filho e face aos grupos etários em que esses se encontram, esta amostra vem, de certa forma, contrariar um pouco estes dados. Como referem no “Inquérito à Fecundidade-2019” do INE, os contextos em que se vive podem ser mais ou menos potenciadores da intenção de ter filhos e por isso o padrão de fecundidade é um fenómeno social (INE, 2021d). De facto, estando estas famílias em contexto de vulnerabilidade, porque têm em média um número mais elevado de filhos e são mães mais cedo, face a uma família numa situação económico-social considerada estável?

Segundo o relatório da United Nations Population Fund (UNFPA) sobre a situação da população mundial em 2018, o número de filhos que a mulher escolhe ter vai depender muito do país onde mora, da sua cultura e como foi mentalmente condicionada por esses fatores. As mulheres com menos escolaridade ou com baixos rendimentos preferem ter mais filhos do que aquelas que têm níveis mais altos de escolaridade ou até condições socioeconómicas mais elevadas. Mulheres mais escolarizadas têm melhores taxas de sobrevivência dos filhos recém-nascidos, tendem a casar mais tarde, têm uma maior autonomia na tomada de decisão sobre o planeamento familiar, têm melhor e mais acesso aos métodos contraceptivos, bem como uma melhor compreensão dos seus riscos e benefícios, o que se traduz numa menor fecundidade (UNFPA, 2018).

Por tudo isto, deve-se continuar a apostar em programas de planeamento familiar acessíveis a todos, tendo em conta o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva do SNS, no qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve intervir de forma a facultar a informação adequada às famílias, à mulher, para que haja uma tomada de decisão consciente e

informada e para que a literacia em saúde nesta área, seja ela também crescente. A verdade é que o acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar tem vindo a aumentar, houve uma reformulação da legislação quanto à formalização da contraceção de emergência e do aborto legal e seguro e o acesso à informação nas escolas através da educação sexual também tem vindo a contribuir para um aumento da literacia (Santos, Ferreira, Figueiredo e Ferreira, 2019).

No entanto, com as dificuldades económicas e as contenções de despesas no SNS, com uma maior escassez de recursos humanos na área da Medicina Geral e Familiar, surgem desafios acrescidos que devem ser equacionados para que não se comprometam os ganhos em saúde já conseguidos na área da saúde reprodutiva e para que as novas leis e políticas sociais consigam proteger os mais vulneráveis, com dificuldades no acesso equitativo aos serviços de saúde (Santos et al., 2019). Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, estando numa posição privilegiada de proximidade à comunidade, devem colaborar com as demais equipas multidisciplinares e derrubar as barreiras (sejam elas sociais, económicas ou até institucionais) que impeçam as famílias em contexto de vulnerabilidade de tomarem uma decisão livre, informada, respeitando sempre os seus direitos.

Neste seguimento e analisando os problemas de saúde dos pais, apenas 1 mãe e 1 pai referiram ter um problema de saúde diagnosticado e curiosamente fazem parte do mesmo agregado familiar. A mãe referiu ter-lhe sido diagnosticada “hipertensão arterial”, sendo esta uma patologia com uma incidência de 36,0% na população portuguesa em 2015, em idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017). Para além disso, a hipertensão arterial faz parte das doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte nas mulheres (INE, 2012) e uma das principais causas de morte em Portugal em 2018 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Relativamente ao pai, referiu ser portador de “diabetes mellitus tipo 2”, sendo esta uma doença com uma prevalência estimada (em 2018) de 13,6%, na população portuguesa com idades entre os 20 e 79 anos, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário é portador de diabetes (Raposo, 2020). Outro aspeto preocupante tem a ver com os encargos diretos que os utentes do SNS têm tido com os custos dos medicamentos da diabetes, que aumentaram em mais de 117% (Raposo, 2020). Centrando-se este estudo em famílias em contexto de vulnerabilidade, a sua situação económica é desfavorável e, portanto, haver uma patologia que exija um elevado custo no seu tratamento pode agravar a situação de vulnerabilidade daquela família.

Tendo em consideração o problema de saúde dos pais e até os problemas de saúde de duas crianças referenciados neste estudo (“autismo” e “sopro cardíaco”), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode e deve ser um elo de ligação entre os serviços de saúde e a família, capacitando-os através do acesso a informação sobre recursos da comunidade, sobre apoios



educativos especializados adequados às necessidades da criança e que favoreçam um desenvolvimento saudável (como os referenciados pelas famílias neste estudo), sobre fatores de risco associados a determinadas patologias, muitos deles modificáveis, promovendo a sua saúde a nível preventivo.

Um dos últimos aspetos a analisar quanto às condições sociodemográficas das famílias em estudo, tem a ver com as condições habitacionais. A maioria das famílias habita em casas alugadas ou de familiares, havendo 2 famílias que referem residir em habitações sociais, cedidas pelo Município. A maioria, 61,5%, refere, ainda, não habitar numa casa com espaço exterior para a criança brincar e na grande maioria das famílias deste estudo, 92,3%, a criança não tem um quarto só para ela, tem de partilhar o espaço com os irmãos ou pais.

Em Portugal, tem havido uma crescente preocupação por parte dos municípios e das IPSS em resolver as carências habitacionais da população em contexto de vulnerabilidade (Rodrigues, Samagaio, Ferreira, Mendes e Januário, 2021). Há uma preocupação constante em proporcionar às famílias uma habitação condigna, o que merece ser enaltecido face às dificuldades que as famílias em contexto de vulnerabilidade têm em adquirir habitação própria.

No que respeita ao acesso e utilização das tecnologias de informação, quando questionadas sobre o acesso da criança à internet, a maioria das famílias respondeu positivamente, o que vem ao encontro dos dados do INE que revelam que, em 2020, 84,5% dos agregados familiares em Portugal têm ligação à internet em casa, sendo que os níveis de acesso rondam os 98,2% nos agregados familiares com crianças até aos 15 anos (INE, 2021e). Quanto ao acesso a computador e/ou *tablet*, uma percentagem menor, 61,5%, das famílias respondeu positivamente. No entanto, considera-se que este dado não é preocupante no desenvolvimento/formação académica da criança, visto que as crianças deste estudo integram ainda o ensino pré-escolar e as novas tecnologias são privilegiadas a partir do ensino básico (havendo apenas dados estatísticos sobre o número médio de alunos em Portugal com computador, a partir do ensino básico).

Esta análise crítica do perfil sociodemográfico da nossa amostra revela-nos importantes determinantes sociais da saúde que nos fazem questionar sobre a equidade e a igualdade de acesso a cuidados de saúde. Esta perceção dos portugueses sobre a desigualdade é elevada, centrando-se na preocupação com as disparidades socioeconómicas. Dados referentes ao ano de 2017 mostram que Portugal é o país com a população com uma perceção mais elevada (95%) sobre estas desigualdades socioeconómicas (OECD, 2021b). Será apenas uma questão de perceção dos portugueses? Vejamos alguns dados estatísticos.

Quando falamos sobre a saúde em Portugal, verificamos que os portugueses com habilitações de nível superior vivem mais um a quatro anos do que os portugueses com níveis de instrução mais baixos (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Para

além disso, em Portugal, as diferenças nas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas entre os escalões de rendimentos são mais significativas do que na maioria dos outros países. Em 2019, 3,5 % das pessoas no quintil de rendimentos mais baixo comunicaram ter necessidades médicas não satisfeitas devido ao custo ou à distância, em comparação com apenas 0,2 % no quintil de rendimentos mais alto (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Estes são dados revelantes quando falamos de equidade e de determinantes sociais da saúde.

O mesmo se passa quando os portugueses fazem uma autoavaliação do seu estado de saúde. Aqui as disparidades entre os diversos escalões de rendimentos são significativas: 63 % dos portugueses no quintil de rendimentos mais alto afirmam estar de boa saúde, em comparação com apenas 38 % no quintil mais baixo (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Mais uma vez, a pandemia COVID-19 agravou estas disparidades, sendo que, em 2019, uma proporção de 34% de pessoas revelaram ter abdicado de cuidados médicos durante os primeiros 12 meses da pandemia, sendo que essa proporção foi superior para as pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021), onde se insere a nossa amostra. Estes são dados que merecem a nossa atenção e acima de tudo merecem uma reflexão sobre a acessibilidade em saúde e determinantes sociais da saúde.

## 1.2. NÍVEIS DE ADAPTABILIDADE E COESÃO FAMILIAR

O modelo circunplexo traduz-nos três hipóteses na avaliação familiar: primeiro, famílias equilibradas tendem a ser mais funcionais; segundo, famílias equilibradas têm uma comunicação mais positiva e terceiro, famílias equilibradas modificam de forma mais eficaz os seus níveis de coesão e adaptabilidade para lidar com situações de stresse e/ou mudanças (Olson e Schlieff, 2019).

Os níveis de adaptabilidade e coesão familiar das famílias participantes no estudo, analisados através da escala FACES III, são considerados moderados e extremamente altos, respetivamente, tendo em conta a referência teórica de Olson (2000). Estamos perante famílias com a dimensão coesão no nível “emaranhada”, o que se pode traduzir numa grande dependência entre os seus membros, havendo pouco espaço para a autonomia e para a individualidade de cada um. Quanto à adaptabilidade, os dados indicam-nos que estas famílias se encontram num nível “estruturada”, havendo um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança.

A nível geral poderíamos categorizar as famílias desta amostra em moderadamente equilibradas (Olson, 2000). No entanto, como foi referido na revisão da literatura, não podemos

fazer uma leitura linear e exata deste modelo circunplexo. Os próprios autores do modelo tridimensional têm realizado mais estudos e têm procurado melhorar estas categorizações.

Tendo em consideração o modelo curvilíneo de um funcionamento familiar saudável descrito no modelo circunplexo, se tivermos valores muito altos ou baixos de adaptabilidade e coesão familiar, estes são representativos de um funcionamento disfuncional. O conceito de equilíbrio surge entre os dois extremos e, portanto, o que é importante é que a família encontre o seu ponto de equilíbrio.

As famílias consideradas problemáticas têm uma maior tendência para uma coesão elevada ou muito elevada (Olson e Schlieff, 2019). Rosalini et al. (2019) defendem que uma coesão elevada permite que uma família em contexto de vulnerabilidade reconquiste a sua autoestima, recree os seus projetos e adquira uma nova perceção do que para ela é qualidade de vida. No entanto, tal como acontece neste estudo, uma média ponderada da coesão familiar mais elevada do que da adaptabilidade familiar, pode significar que as famílias participantes têm índices mais elevados de ligações afetivas com os elementos que compõem a família, do que uma capacidade em alterarem as regras e papéis numa situação de crise familiar, por exemplo.

Esta conclusão poderia não se revelar benéfica para famílias em contexto de vulnerabilidade, devido a uma maior probabilidade de serem confrontados com situações de stresse. No entanto, esta avaliação da adaptabilidade não pode avaliar apenas a capacidade de a família se adaptar.

Alguns estudos mencionados por Nunes et al. (2021) demonstram a necessidade de se realizar uma distinção mais clara entre as categorias inerentes à dimensão adaptabilidade, porque esta não pode apenas medir se a família tem ou não capacidade para mudar e adaptar-se. Tal como refere Nunes et al. (2021), o mais importante é perceber qual a dinâmica dessa mudança, qual o seu impacto na família, para conseguirmos perceber se é saudável e funcional. E tudo isto se torna mais relevante em famílias em contexto de vulnerabilidade, pois níveis elevados de adaptabilidade podem ser mais frequentes nestas famílias e serem um reflexo de uma adversidade no sistema familiar e não o contrário.

Consideramos que esta avaliação do contexto familiar em que se desenvolve a adaptabilidade não é de todo uma avaliação fácil de executar. Exige um trabalho em equipa, a qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve integrar, um acompanhamento multidisciplinar da família, que nos permita conhecer melhor a dinâmica familiar e que, através do desenvolvimento de programas parentais específicos, possa ser trabalhada e desenvolvida de forma benéfica para a família em causa. Concordamos com Nunes et al. (2021), quando afirmam que esta escala é um instrumento útil para avaliar as forças e fragilidades das famílias em contexto de vulnerabilidade, principalmente na dimensão da coesão e, tal como referem Rosalini et al.

(2019), todas as ações dirigidas a estas famílias devem procurar o fortalecimento dessa dinâmica que a caracteriza e que permite empoderar a família na procura das melhores soluções.

### 1.3. COMPETÊNCIAS PARENTAIS PERCEBIDAS

Encarando as competências parentais percebidas como o grau em que os pais se sentem eficazes e confiantes nas suas capacidades para enfrentar os desafios relacionados com a educação dos seus filhos, verificamos que as mães que compõem a amostra apresentam níveis altos de eficácia (média= 36,23, com um valor máx=42) e médio-altos de satisfação parental (média=36,08, com um valor máx=46).

A maioria dos estudos realizados comprova uma associação significativa entre as duas subescalas (Nunes et al., 2016; Menéndez et al., 2011; Nunes et al., 2014), mas, ao contrário dessas evidências, no estudo de Carvajal, Lay-lisboa, Moya-Vergara, Guzmán-González e Segovia (2018), os resultados mostraram uma ortogonalidade dos fatores, o que significa que as duas dimensões, eficácia e satisfação, não se encontram relacionadas. Devido ao tamanho reduzido da amostra não foi possível avaliar estatisticamente a correlação entre as duas subescalas.

A discreta menor satisfação parental obtida nesta amostra pode estar relacionada com as adversidades que as mães enfrentam diariamente, encontrando-se em situação de vulnerabilidade. Educar uma criança, principalmente na faixa etária do pré-escolar, é exigente e nestas condições torna-se mais difícil, e, portanto, estas adversidades podem ser um obstáculo para sentimentos de satisfação parental (Nunes et al., 2014). O facto de a maioria das mães da amostra se encontrar desempregada, também pode justificar estes dados, isto porque as mães ao trabalharem desenvolvem uma maior autoestima, um maior sentimento de satisfação, que se irão repercutir numa parentalidade mais positiva (Nunes et al., 2014).

Reconhecendo a importância da saúde mental no que respeita às competências parentais e tendo em consideração os fatores de proteção a ela associados, a pandemia COVID-19, acentuou os fatores de risco como o desemprego, as condições socioeconómicas, diminuindo drasticamente os fatores de proteção como o envolvimento educacional, o acesso a serviços de saúde, a ligação social. Se antes da pandemia, a condição socioeconómica era por si só um fator de risco associado a problemas de saúde mental, esta condição agravou-se com a evolução da pandemia (OECD, 2021c). Em Portugal, as mulheres, os desempregados e as pessoas com rendimentos mais baixos apresentaram taxas mais elevadas de sofrimento psicológico moderado a grave (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Estudos têm demonstrado que é importante avaliar as competências parentais percebidas nas famílias em contexto de vulnerabilidade, uma vez que há uma tendência para os pais terem uma percepção negativa e distorcida da sua competência como pai/mãe, traduzindo-se em consequências negativas para o bem-estar e desenvolvimento da criança (Menéndez et al., 2011).

O que importa aqui avaliar é se este grau de distorção se encontra presente, se houve uma autoavaliação desajustada que os pais de famílias em contexto de vulnerabilidade tendem a realizar. Verificamos que nesta amostra as mães têm uma percepção de eficácia parental elevada. Quanto aos níveis de sentimento de eficácia, Nunes et al. (2014) consideram duas situações plausíveis: tendo em conta as adversidades diárias na educação dos filhos, as mães consideram que esta é uma grande conquista e por isso têm um maior sentimento de eficácia; ou, por outro lado, a baixa escolaridade, uma menor consciência sobre o processo educacional pode favorecer uma percepção distorcida da dificuldade em serem pais, gerando uma satisfação elevada, independentemente das consequências que as suas competências parentais tenham no desenvolvimento das crianças (Rodrigo et al. 2008 cit. por Menéndez et al., 2011). Face aos dados desta amostra, a análise descritiva não nos permite tirar estas conclusões, mas deixamos o tema para reflexão.

#### 1.4. PERCEÇÃO DAS CAPACIDADES E DIFICULDADES DOS FILHOS

Para a análise dos resultados obtidos com a aplicação da escala SDQ, os autores fazem uma distinção entre amostras de “alto risco” e amostras de “baixo risco”, com intervalos provisórios definidos de forma que 80% das crianças da amostra sejam “normais”, 10% são “limítrofes” e os restantes 10% “anormais”. Assim é possível limitar os números de casos de falsos positivos (Goodman, 1997).

Tendo em consideração que as crianças da nossa amostra integram famílias em contexto de vulnerabilidade, e características familiares como níveis baixos de escolaridade, desemprego ou até baixos rendimentos, podem trazer riscos para o desenvolvimento saudável da criança (Matsukura, Fernandes e Cid, 2012), consideramos, então, que a nossa amostra é uma amostra de “alto risco”. Face a estas características utilizaremos os intervalos provisórios definidos para este tipo de amostra.

Analisando os resultados obtidos e tendo como base a figura 4, constatamos que a pontuação total das dificuldades tem uma média de 15,08 pontos, ou seja, encontra-se no intervalo limítrofe. Analisemos cada uma das 5 dimensões.

A dimensão “sintomas emocionais” apresenta uma média 1,54 pontos, ou seja, as mães percecionam as crianças da amostra no intervalo “normal”; na dimensão “problemas de

comportamento” obtivemos uma média de 2,31, encontrando-se no intervalo entre “normal” e “limítrofe”; quando questionadas sobre a “hiperatividade”, as mães responderam com uma média equivalente a 6,69 pontos, ou seja, temos crianças no intervalo “limítrofe”; no que respeita à dimensão “Problemas com colegas”, a média das respostas foi de 4,54, o que significa que temos crianças com um problema no intervalo “anormal”; por último, em relação ao “comportamento pró-social”, as mães percecionam as crianças da amostra com uma média de 9,15 pontos, encontrando-se no intervalo “normal”.

Resumindo, temos uma dimensão no intervalo “limítrofe” e uma dimensão no limite “anormal”. Ora, face às normas de interpretação dos dados e de definição de caso (<https://www.sdqinfo.org/>), podemos dizer que nesta amostra de 13 crianças há possíveis/prováveis “casos” de crianças com dificuldades comportamentais, especificamente “problemas com colegas” e “hiperatividade” porque identificámos uma pontuação alta (“anormal”) e uma pontuação “limítrofe” nestas dimensões da escala SDQ.

<b><u>Preenchido pelos Pais</u></b>	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

**Figura 4** – Interpretação da pontuação dos sintomas e definição de “caso” na escala SDQ

**Fonte:** <https://www.sdqinfo.org/>

Dados semelhantes aos obtidos não devem ser imediatamente interpretados como problemas inerentes à criança. São um alerta de que algo está a afetar o desenvolvimento socio emocional da criança, devendo esta ser avaliada por uma equipa multidisciplinar, avaliando igualmente o contexto ecológico em que se promovem as suas competências (Santos e Celeri, 2018).

O presente estudo, sendo ele meramente académico, não nos permite identificar quais as crianças que apresentam estas dificuldades, mas, no estudo de Goodman et al. (2018), por exemplo, o questionário SDQ permitiu identificar crianças com diagnósticos de transtornos mentais com uma especificidade de 94,6% e com uma sensibilidade de 63,3%. Para além disso, os questionários identificaram mais de 70% de crianças com problemas de comportamento e

hiperatividade. O SDQ evita enviesamentos da informação, podendo ajudar os pais a transmitir as suas preocupações quanto às dificuldades socioemocionais e comportamentais das crianças.

Este é, sem dúvida, um instrumento muito útil na avaliação de uma comunidade e uma forte ferramenta na deteção precoce de problemas de saúde mental nas crianças, que pode ser amplamente utilizada pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária. Aliás, no estudo de Fält, Sarkadi e Fabian (2017), em que houve uma partilha de informação entre os enfermeiros que acompanhavam regularmente as crianças nos serviços de saúde, os pais e os professores do ensino pré-escolar, os enfermeiros referiram que as consultas de vigilância infantil em crianças entre os 3-5 anos melhoraram significativamente quando tiveram avaliações SDQ realizadas pelos pais e educadores.

Como já foi referido na revisão da literatura, as perturbações de comportamento e emocionais das crianças em idade pré-escolar são preditores para termos adultos com problemas de saúde mental, sendo a intervenção precoce uma aliada na prevenção. É neste sentido que a DGS procura dar ênfase à realização de ações de promoção de literacia em saúde, com foco na promoção da saúde e prevenção da doença (DGS, 2015). Este foco ganha ainda mais ênfase face ao contexto pandémico em que foi realizado este estudo. A redução do contacto social, as interrupções escolares, vieram renovar a atenção para dados relativos a sintomas de ansiedade e depressão que tornaram a aumentar nos jovens, mais do que na população adulta (OECD, 2021d).

Visto que a maioria das crianças em idade pré-escolar são acompanhadas com regularidade nos CSP, em consultas de vigilância e acompanhamento, sendo igualmente frequentadores em grande percentagem do ensino pré-escolar, usar o questionário SDQ como instrumento padrão para avaliação destas crianças pode permitir uma deteção precoce de possíveis problemas e/ou dificuldades. A formação dos profissionais de saúde e o despertar do seu interesse por esta temática poderá ser um dos pontos de partida (Seabra-Santos, Azevedo, Homem et al., 2019). Só assim estaremos a promover efetivamente a saúde da nossa comunidade.

Esta promoção da saúde, seja ela na área da saúde mental como em todas as outras áreas, deve ter em conta os determinantes sociais e erradamente podemos ser levados a considerar que tal não é possível. Ao contrário do que se possa pensar, a implementação de programas parentais é exequível em ambientes vulneráveis e sem necessidade de grandes recursos financeiros (Haar et al., 2020). Mas este não pode ser um trabalho isolado. O Enfermeiro, como todos os demais participantes, não podem promover a saúde de uma família sozinhos. Tem de haver um objetivo comum, um esforço coletivo. No entanto, sabemos que esta ideologia não é de fácil aplicabilidade. Será uma utopia? Não o consideramos. Talvez tenha de partir de cada um de nós, e no nosso caso, dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

## **2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO**

Consideramos que a grande limitação deste estudo seja o tamanho reduzido da amostra, não nos permitindo realizar uma análise estatística inferencial, estabelecer correlações entre variáveis, aprofundando a análise dos dados deste estudo. Assim, não nos foi possível realizar uma análise crítica comparativa com outros estudos já realizados neste âmbito.

A população em estudo era muito restrita, cingimo-nos a famílias em contexto de vulnerabilidade, com filhos em idade pré-escolar, e o que nos foi transmitido pelos coordenadores das IPSS é que como a natalidade tem vindo a decrescer, reduziu significativamente nesta cidade do interior do país o número de famílias em contexto de vulnerabilidade com filhos entre os 3 e os 5 anos de idade. Para além disso, esta população por vezes não é muito colaborante e recetiva a estes estudos (como se comprovou pela recusa de algumas famílias em participarem) e o facto de o estudo exigir a presença das famílias nas IPSS para realização da entrevista, pode também ter influenciado negativamente o número de famílias participantes. As IPSS tentaram agendar mais entrevistas com as restantes famílias referenciadas, mas sem qualquer sucesso, faltando regularmente às datas agendadas.

Tendo em conta esta limitação, consideramos que seria benéfico para futuras investigações, com uma população idêntica à desta investigação, alargar o espaço temporal e geográfico para a sua realização, de forma a obter mais famílias participantes. Talvez criando um pequeno incentivo para as famílias participantes conseguíssemos aumentar a amostra em estudos futuros.

O facto de o questionário ter sido exclusivamente respondido por mães limita ainda mais a investigação, pois esta apenas reflete a perceção que as mães têm das variáveis em estudo. Sugere-se que em futuras investigações seja incentivada a participação dos pais da criança, de forma a ser possível comparar a perceção entre ambos quanto à coesão e adaptabilidade familiar, as competências parentais e capacidades e dificuldades dos filhos.

Outra limitação poderá dever-se às restrições da situação pandémica que vivemos. As restrições quanto aos contactos considerados não essenciais, as limitações de permanência em locais fechados, ou seja, um conjunto de medidas que de certa forma limitou o espaço temporal para realização do estudo e a presença das famílias para a realização das entrevistas nas IPSS.



## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

O principal objetivo deste estudo era caracterizar famílias em contexto de vulnerabilidade com filhos em idade pré-escolar, relativamente à sua coesão e adaptabilidade e às competências parentais e socioemocionais das crianças. Ao longo deste estudo procurámos reunir um conjunto de conhecimentos que nos permitiram analisar o grau de coesão e adaptabilidade familiar, analisar as competências parentais percebidas pelos pais no âmbito da parentalidade e as competências socioemocionais da criança em idade pré-escolar, em famílias em contexto de vulnerabilidade.

Consideramos que, apesar da amostra reduzida, este estudo permitiu-nos realizar uma reflexão crítica sobre quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de que forma estas variáveis poderão ter impacto no futuro da saúde destas famílias. Para além disso, esta reflexão poderá ajudar a estabelecer algumas linhas orientadoras que possam ser usadas em programas de promoção da saúde na comunidade, de forma a dar resposta às necessidades emergentes no grupo vulnerável estudado.

A amostra em estudo revelou características sociodemográficas que marcam a situação de vulnerabilidade em que se encontram: a baixa escolaridade, a migração, a dependência por rendimentos sociais devido à elevada taxa de desemprego, o maior número de filhos, a residência em habitações sociais, entre outros. Estes determinantes sociais da saúde são de facto importantíssimos e podem influenciar as necessidades da nossa comunidade.

Esta caracterização sociodemográfica da nossa amostra em contexto pandémico revelou-nos que a pandemia pode ter agravado ainda mais a vulnerabilidade em que estas famílias se encontram, fazendo-nos refletir sobre de que forma o foco nos determinantes em saúde se encontra ligado à equidade e acessibilidade. De facto, como vimos na discussão dos resultados, os vários estudos já realizados sobre os efeitos da pandemia, demonstram que as fragilidades e o contexto de vulnerabilidade das famílias tendem a acentuar-se, destacando-se cada vez mais as disparidades face à situação socioeconómica. No entanto, estes determinantes da saúde não devem ser limitativos a um acesso à saúde de forma equitativa, tendo aqui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, e os demais participantes da comunidade, uma intervenção preponderante de forma a conseguirmos contornar todas estas barreiras.

Conhecer e ao mesmo tempo caracterizar as famílias às quais prestamos cuidados como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, poderá ser um dos primeiros passos a adotar quando quisermos implementar programas de promoção da saúde na comunidade. Importa por isso recorrermos a um questionário sociodemográfico e a escalas de avaliação validadas para famílias em contexto de vulnerabilidade, como as usadas neste estudo. As escalas utilizadas demonstraram ser de fácil compreensão e aplicabilidade, que nos permitiram aferir com maior

precisão as características dos elementos da amostra, a identificarmos possíveis fragilidades e fatores de proteção e, assim, desenhar uma intervenção com base numa avaliação prévia.

Neste estudo verificámos que as mães percecionam níveis moderados de adaptabilidade familiar e níveis extremamente altos de coesão. Tendo em consideração o modelo circumplexo de Olson, estamos perante famílias com um funcionamento disfuncional, em que estes valores de adaptabilidade e coesão familiar podem significar que existe uma grande dependência entre os membros da família, havendo pouco espaço para a individualidade e desenvolvimento da autonomia.

No entanto, mais importante do que categorizar a família segundo este modelo, é perceber e compreender a dinâmica familiar e de que forma o contexto de vulnerabilidade das famílias pode afetar as suas perceções, afetando o ambiente ecológico em que a criança se desenvolve. Estas famílias podem ser condicionadas por determinantes sociais em saúde que podem circunscrever a sua dinâmica familiar, influenciando assim todas as suas etapas de desenvolvimento enquanto família e enquanto pessoas singulares.

A exposição da criança a contextos de vulnerabilidade tem influências negativas duradouras e significativas na sua saúde enquanto adulto. A aplicação de escalas como a SDQ permite-nos ter uma perceção dos pais quanto às capacidades e dificuldades dos filhos, podendo aquela ser alargada à comunidade escolar e desta forma complementarmos essa mesma informação.

Neste estudo, a aplicação do Questionário SDQ permitiu-nos, de forma simples e rápida, detetar possíveis/prováveis “casos” que nos revelam dificuldades. Constatou-se que em 13 crianças havia prováveis “casos” nas dimensões “problemas com colegas” e “hiperatividade”. Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, em articulação com os demais intervenientes na educação da criança, poderão definir estratégias de forma a promover as competências socioemocionais das crianças, promovendo a sua saúde mental a médio/longo prazo.

Os desafios que as famílias em contexto de vulnerabilidade enfrentam na promoção de um desenvolvimento infantil saudável, onde as competências socioemocionais das crianças deveriam ter um lugar de destaque, não é apenas e só uma questão de políticas económicas e sociais. Tal como temos vindo a referir, temos de ter em consideração os determinantes sociais da saúde, pois o seu peso é de facto significativo, mas falamos igualmente de uma questão de empoderamento das famílias, através da promoção da saúde, de programas que promovam um acompanhamento multidisciplinar e articulado entre os serviços de saúde, como os CSP e as demais IPSS e serviços locais/centrais.

Referimos várias vezes ao longo deste trabalho que os CSP proporcionam um acompanhamento longitudinal da criança, promovendo um cuidado integral à saúde e contextualizando fatores determinantes da saúde da criança, tendo em conta a comunidade em que se encontra inserida. Estando numa posição privilegiada, a equipa dos CSP poderia complementar a informação dos educadores que acompanham a criança no ensino pré-escolar (cumprindo de forma rigorosa a deontologia e sigilo profissional), poderiam ter na consulta de vigilância do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil a oportunidade para receberem informação dos pais sobre o desenvolvimento da criança. O estudo de Fält et al. (2017) foi um ótimo exemplo de como programas deste género são exequíveis e benéficos.

Também a literacia em saúde dos pais deveria ser uma prioridade. A família constitui de facto o contexto ideal para a aprendizagem de dimensões significativas de interação e desenvolvimento da criança. A educação parental constituirá neste pressuposto uma modalidade de intervenção na parentalidade positiva, com objetivos de promoção da capacitação dos pais no desempenho das suas funções educativas básicas.

Os pais com crianças em idade pré-escolar têm uma responsabilidade acrescida, porque também são responsáveis pela saúde dos seus filhos e estes dependem da literacia em saúde dos seus pais para a promoção da sua saúde. O baixo nível de escolaridade dos pais influencia de forma negativa as necessidades de saúde das crianças pois está intimamente relacionado com uma baixa literacia em saúde. Assim, se aumentarmos a literacia dos pais, vamos estar a aumentar as suas competências e haverá, certamente, melhorias nas competências socioemocionais da criança, como já vários estudos o comprovaram.

Para além de ganhos em saúde a médio/longo prazo a nível individual e familiar, consideramos que esta promoção da parentalidade positiva em famílias em contexto de vulnerabilidade poderá trazer igualmente benefícios económicos à sociedade, pois a família passará a depender menos de apoios sociais e, futuramente, a criança terá um comportamento mais pró-ativo e um melhor ajustamento às necessidades existentes.

Deste modo, devemos começar por criar mudanças individuais, aumentando, por exemplo, a literacia em saúde. Após este passo, podem ainda existir determinantes sociais que influenciam negativamente o comportamento de procura de saúde por aquela comunidade, apesar dos conhecimentos já adquiridos. Neste ponto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode trabalhar com a comunidade, capacitando-a. Para isso, deverá avaliar a comunidade, analisando os seus pontos fortes e de que forma podem ser mobilizados para que em conjunto consigam atenuar os efeitos dos determinantes sociais da saúde que estão a condicionar a qualidade de vida destas famílias, nos mais variados contextos.

A avaliação destes parâmetros através de instrumentos com elevada consistência interna e fiabilidade é de extrema importância, mas nada disso é relevante se não tivermos disponibilidade, interesse ou recursos humanos que nos permitam avaliar corretamente as competências parentais, por exemplo, e que nos orientem na implementação de programas.

Os estudos de Nunes et al. (2016) e Nunes et al. (2021) permitiram concluir que as competências parentais percebidas se encontram positivamente relacionadas com a coesão familiar. A revisão da literatura demonstrou-nos que a maior parte dos programas parentais tem um maior foco na eficácia parental percebida, mas, neste estudo e também em vários estudos realizados, a dimensão que os pais percebem da pior forma é a satisfação parental, o que pode ter implicações na coesão familiar e no desenvolvimento da criança. Por isso, no planeamento de intervenções devemos incluir programas que também promovam o aumento da satisfação parental.

Estes programas parentais devem oferecer uma combinação de conhecimentos sobre parentalidade positiva e uma melhoria das competências dos pais, procurando fortalecer a família através dos fatores de proteção que melhor se evidenciam, sejam eles a comunicação, a coesão ou a adaptabilidade familiar. No entanto, tal como vários estudos o referem grande parte dos programas implementados apenas focam uma área de intervenção.

Falamos de competências parentais e socioemocionais de crianças em idade pré-escolar, em famílias em contexto de vulnerabilidade, é complexo, pois estão intimamente relacionados com determinantes da saúde, que são influenciados por múltiplos fatores externos que não dependem apenas da nossa intervenção como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária. No entanto, sabemos que esta mesma intervenção passa por empoderar as famílias, por lhes transmitir os recursos necessários de forma a conseguirem contornar os obstáculos que lhes vão surgindo na procura de um crescimento familiar saudável, de um desenvolvimento infantil promotor das competências socioemocionais das crianças, para que em conjunto, em comunidade, consigamos promover a sua saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Bhat, P., & Khadi, P. (2018). Maternal Parenting Quality: A Comparative Study of Urban and Rural Mother – Infant Dyads in Their Natural Settings. *International Journal of Pure and Applied Bioscience*, 6(4): 63-70. Acedido em fevereiro 18, 2021 em: <https://doi.org/10.18782/2320-7051.6690>;
- Bello, L. e Marra, M. (2020). O fenômeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. *Revista Brasileira Psicodrama*, 28 (2): 118-130. Acedido em fevereiro 8, 2021 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v28n2/03.pdf>;
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55 (1): 83-96. Acedido em fevereiro 14, 2021 em: [10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x);
- Benatti, A.; Pereira, C.; Santos, D. e Paiva, I. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24 (2). Acedido em setembro 08, 2021 em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/59856/41441>;
- Bitancourt, T.; Tissot, M.; Fidalgo, T.; Galduróz, J. e Filho, D. (2016). Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry Research*, 237 (30): 290-295. Acedido em fevereiro 15, 2021 em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.026>;
- Boeldt D.; Rhee S.; DiLalla L.; Mullineaux P.; Schulz-Heik, R.; Corley R.; Young S. e Hewitt J. (2012). The association between positive parenting and externalizing behavior. *Infant Child Dev*, 21(1): 85–106. Acedido em fevereiro 11, 2021 em: DOI: [10.1002/icd](https://doi.org/10.1002/icd) [PubMed: 22577341];

- Brofenbrenner, Urie (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge. Acedido em janeiro 21, 2021 em: [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=PA3&ots=yzKL2PMhg&sig=7PYd04Ula\\_Gdu2XeW\\_imSaVRG7s&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=PA3&ots=yzKL2PMhg&sig=7PYd04Ula_Gdu2XeW_imSaVRG7s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false);
- Buhr, E. e Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20:1096. Acedido em junho 06, 2021 em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>;
- Carvajal, C.; Lay-Lisboa, S.; Moya-Vergara, R.; Guzmán-González, M e Segovia, J. (2018). Estructura Factorial de la Versión Breve de Escala Parental Sense of Competence (PSOC) en una Muestra Chilena. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 49 (4): 87-96. Acedido em setembro, 09, 2021 em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4596/459657524008/459657524008.pdf>;
- Council of Europe (2009). *Conference of Ministers responsible for Family Affairs. Positive Parenting*. Vienna (Austria). Acedido em fevereiro 16, 2021 em: [https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial\\_conferences/2009\\_family\\_affairs/Positive\\_Parenting\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2009_family_affairs/Positive_Parenting_en.pdf);
- Curral, R.; Dourado, F.; Torres, A.; Barros, H.; Palha, A. e Almeida, E. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20 (3): 213-217;
- Dahlberg, A.; Ghaderi, A.; Sarkadi, A. et al. (2019). SDQ in the Hands of Fathers and Preschool Teachers-Psychometric Properties in a Non-clinical Sample of 3-5 Year-Olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 50: 132-141. Acedido em junho, 11, 2021 em: <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0826-4>;
- Denham, S. A., Wyatt, T., Bassett, H., Echeverria, D., e Knox, S. (2009). Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 37-52. Acedido em janeiro 21, 2021 em: [https://www.researchgate.net/publication/23758228\\_Assessing\\_social-emotional\\_development\\_in\\_children\\_from\\_a\\_longitudinal\\_perspective](https://www.researchgate.net/publication/23758228_Assessing_social-emotional_development_in_children_from_a_longitudinal_perspective);

- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19: 139-156. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: [//z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19\\_139.pdf](http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf);
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Portugal, Lisboa. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>;
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. Portugal: Lisboa. Acedido em janeiro 13, 2021 em: [http://aesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826\\_DGS\\_Manual\\_Sa%C3%BAde\\_Mental\\_em\\_Sa%C3%BAde\\_Escolar.pdf](http://aesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826_DGS_Manual_Sa%C3%BAde_Mental_em_Sa%C3%BAde_Escolar.pdf);
- Fält, E.; Sarkadi, A. e Fabian, H. (2017). Exploring Nurses', Preschool Teachers' and Parents' Perspectives on Information Sharing Using SDQ in a Swedish Setting – A Qualitative Study Using Grounded Theory. *Theory. PLoS ONE*, 12(1). Acedido em dezembro 12, 2021 em: [doi:10.1371/journal.pone.0168388](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168388);
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência;
- Fonseca, G.; Cunha, D.; Crespo, C. e Relvas, A. (2016). Families in the Context of Macroeconomic Crises: A Systematic Review. *Journal of Family Psychology*, 30(6): 687–697. Acedido em fevereiro 13, 2021 em: <https://doi.org/10.1037/fam0000230>;
- Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 3ª edição;
- Gartland D., Riggs, E., Muyeen, S. et al. (2019). What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ Open*, 9. Acedido em fevereiro 13, 2021 em: [doi:10.1136/bmjopen-2018-024870](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024870);

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J. Child Psychiat.*, 38 (5): 581-586. Acedido em junho, 12, 2021 em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>;
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2018). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177(6): 534-539. Acedido em setembro, 18, 2021 em: doi:10.1192/bjp.177.6.534;
- Gouveia-Pereira, M.; Gomes, H.; Miranda, M. e Candeias, M. (2020). Coesão e flexibilidade familiar: Validação do pacote FACES IV junto de adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1 (XXXVIII): 111-126. Acedido em fevereiro 6, 2021 em: doi: 10.14417/ap.1651;
- Haar, K.; El-Khani, A.; Molgaard, V. e Maalouf, W. (2020). Strong families: a new family skills training programme for challenged and humanitarian settings: a single-arm intervention tested in Afghanistan. *BMC Public Health*, 20:634. Acedido em fevereiro 18, 2021 em: doi: 10.1186/s12889-020-08701-w;
- Hattangadi, N.; Cost, K.; Birken, C.; Borkhoff, C.; Maguire, J.; Szatmari, P.; Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. Hattangadi et al. *BMC Public Health*, 20:1726. Acedido em março 12, 2021 em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>;
- Hidalgo, M.; Jiménez, L.; González, M.; Jiménez-Morago, J.; Moreno, C.; Oliva, A.; Antolín-Suárez, L.; López-Gaviño, F.; Román, M. e Palacios, J. (2016). Programa Apego. Una experiencia de promoción de parentalidad positiva desde el contexto sanitario. *Apuntes de Psicología*, 34 (2-3): 101-106. Acedido em fevereiro 15, 2021 em: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7300\\_d\\_ProgramaApego-150.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7300_d_ProgramaApego-150.pdf);
- Hosek, S.; Harper, G.; Lemos, D. e Martinez, J. (2008). An Ecological Model of Stressors Experienced by Youth Newly Diagnosed With HIV. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 9(2): 192–218. Acedido em janeiro 24, 2021 em: doi:10.1080/15538340902824118;



- Hosokawa, R. e Katsura, T. (2017). A longitudinal study of socioeconomic status, family processes, and child adjustment from preschool until early elementary school: the role of social competence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11:62. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: doi: 10.1186/s13034-017-0206-z;
- International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva. Acedido em fevereiro 24, 2021 em:  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf);
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2019a). *Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA. Acedido em fevereiro 21, 2021 em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>;
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396: 1204–22. Acedido em março 11, 2021 em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9);
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal, 2011-2011*. INE, Portugal: Lisboa. Acedido em setembro 07, 2021 em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/136501356>;
- Instituto Nacional de Estatística (2021a). *Censos 2021 – Resultados preliminares*. INE, Portugal: Lisboa. Acedido em setembro 07, 2021 em: [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html);
- Instituto Nacional de Estatística (2021b). *Taxa de escolaridade do nível de ensino superior (Série 2011-%) da população residente com idade entre 25 e 64 anos por Local de residência (NUTS 2013), Sexo e Grupo Etário; Anual*. INE, Portugal: Lisboa. Acedido em setembro, 08 em [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0006400&selTab=tab0](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0006400&selTab=tab0);

Instituto Nacional de Estatística (2021c). *Famílias clássicas monoparentais (Série 2011, nº), por Sexo; Anual*. INE, Portugal: Lisboa. Acedido em setembro, 09, 2021 em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007860&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007860&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística (2021d). *Inquérito à fecundidade – 2019*. INE, edição de 2021. Portugal: Lisboa. Acedido em setembro 07, 2021 em: [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=6358344&PUBLICACOESmodo=2](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6358344&PUBLICACOESmodo=2);

Instituto Nacional de Estatística (2021e). *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias – 2020*. INE, Portugal: Lisboa. Acedido em setembro 08, 2021 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=415621509&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415621509&DESTAQUESmodo=2);

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito nacional com exame físico. *Observações – Boletim Epidemiológico*, nº especial 9, 2ª série. Acedido em 9 setembro, 2021 em: [https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_NEspecia8-2017\\_artigo2.pdf](https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf);

Jiménez, L. e Hidalgo, M. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 34 (2-3): 91-100. Acedido em fevereiro 15, 2021 em: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/600/446>;

Johnston, C. e Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2): 167-175. Acedido em fevereiro 13, 2021 em: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802\\_8](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8);

- Jones, Greenberg e Crowley (2015). Early Social-Emotional Functioning and Public Health: The Relationship Between Kindergarten Social Competence and Future Wellness. *American Journal of Public Health*, 105 (11): 2283-2290. Acedido em janeiro 28, 2021 em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2015.302630>;
- López, M.; Chaves, M. e Quintana, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Federacion Española de Municipios y Provincias. Acedido em março 11, 2021 em: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2938\\_d\\_ParentalidadPositivaFEMP\\_2010.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2938_d_ParentalidadPositivaFEMP_2010.pdf);
- Maleki, M.; Mardani, A.; Chehrzad, M.; Dianatinasab, M. e Vaismoradi, M. (2019). Social Skills in Children at Home and in Preschool. *Behavioral Sciences*, 9(74). Acedido em fevereiro 21, 2021 em: doi: 10.3390/bs9070074;
- Martins, S. e Almeida, A. (2017). Necessidades nos apoios à parentalidade: percepções e práticas dos profissionais de saúde. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 5. Acedido em fevereiro 15, 2021 em: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2760>;
- Mateo, P.; Santana, G.; Carbonell, A. e Salinas, A. (2016). Las competencias parentales en el ámbito de la identificación/evaluación de las altas capacidades. *Profesorado - Revista de currículum y formación del profesorado*, 20 (1). Acedido em janeiro 24, 2021 em: <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev202COL11.pdf>;
- Matsukura, T.; Fernandes, A. e Cid, M. (2012). Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 23 (2): 122-129. Acedido em setembro, 18, 2021 em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49066>;
- McQuillan, M.; Bates, J.; Staples, A. e Deckard, K. (2019). Maternal stress, sleep and parenting. *J Fam Psychol*, 33(3): 349–359. Acedido em março 3, 2021 em: doi:10.1037/fam0000516;

- Menéndez, S.; Jiménez, L. e Hidalgo, M. (2011). Estructura factorial de la escala PSOC (Parental Sense of Competence) en una muestra de madres usuarias de servicios de preservación familiar. *RIDEP*, 32(2). Acedido em junho, 08, 2021 em: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-12/r32art9.pdf>;
- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental: Alto Comissariado da Saúde, Lisboa. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>;
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Acedido em janeiro 11, 2021 em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf);
- Mondin, E. (2005). Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. *Psicologia Argumento*, 23 (41): 25-35. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19737>;
- Neto, É. e Grzybowski, L. (2020). Parentalidade e Problemas Emocionais e Comportamentais. *Pensando Famílias*, 24(1): 96-112. Acedido em março 2, 2021 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a08.pdf>;
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R. e Fracoli, L. (2018). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, setembro-outubro, 16 (5). Acedido em fevereiro 12, 2021 em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>;
- Nunes, C.; Ayala-Nunes, L.; Ferreira, L. e Martins, C. (2021). Características Psicométricas e Estrutura Fatorial da FACES III numa Amostra de Famílias em Risco Psicossocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica - RIDEP*, 59(2): 49-61. Acedido em março, 20, 2021 em: <https://doi.org/10.21865/RIDEP59.2.04>;
- Nunes, C.; Jiménez, L.; Menéndez, S.; Nunes-Ayala, L. e Hidalgo, V. (2016). Psychometric properties of an adapted version of the parental sense of competence (PSOC) scale for Portuguese at-risk parents. *Child & Family Social Work*, 21(4): 433-441. Acedido em fevereiro 21, 2021 em: doi:10.1111/cfs.12159;

- Nunes, L.; Lemos, I. e Nunes, C. (2014) Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13(2). Acedido em junho, 12, 2021 em: [https://www.researchgate.net/publication/261171847\\_Predictores\\_del\\_estres\\_parental\\_en\\_madres\\_de\\_familias\\_en\\_riesgo\\_psicosocial\\_Parenting\\_Stress\\_Predictors\\_in\\_Mothers\\_of\\_Families\\_at\\_Psychosocial\\_Risk](https://www.researchgate.net/publication/261171847_Predictores_del_estres_parental_en_madres_de_familias_en_riesgo_psicosocial_Parenting_Stress_Predictors_in_Mothers_of_Families_at_Psychosocial_Risk);
- OECD (2019). *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Acedido em fevereiro 13, 2021 em: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>;
- OECD (2020a). *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. Acedido em março 2, 2021 em: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>;
- OECD (2020b). *Perspectives des migrations internationales 2020*. OECD Publishing, Paris. Acedido em setembro 08, 2021 em: <https://www.oecd.org/fr/migrations/perspectives-des-migrations-internationales-19991258.htm>;
- OECD (2021a). *Caregiving in crisis. Gender inequality in paid and unpaid work during COVID-19*. OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro 15, 2022 em: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1122\\_1122019-pxf57r6v6k&title=Caregiving-in-crisis-Gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-during-COVID-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1122_1122019-pxf57r6v6k&title=Caregiving-in-crisis-Gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-during-COVID-19);
- OECD (2021b). *Does Inequality Matter?: How People Perceive Economic Disparities and Social Mobility*. OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro 16, 2022 em: <https://doi.org/10.1787/3023ed40-en>;
- OECD (2021c). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response*. OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro 15, 2022 em: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1094\\_1094455-bukuf1f0cm&title=Tackling-the-mental-health-impact-of-the-COVID-19-crisis-An-integrated-whole-of-society-response](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1094_1094455-bukuf1f0cm&title=Tackling-the-mental-health-impact-of-the-COVID-19-crisis-An-integrated-whole-of-society-response);
- OECD (2021d). *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*. Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro 16, 2022 em: <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>;

- OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. Acedido em março 11, 2021 em: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>;
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*. OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro 22, 2022 em: <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>;
- OIM (2020). *World Migration Report 2020*. Geneva, International Organization for Migration. Acedido em setembro 08, 2021 em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>;
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. Acedido em janeiro 18, 2021 em: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>;
- Olson, D.; Portner, H. e Lavee, Y. (1985). FACES III: Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales. *Family Social Science*. St. Paul: University of Minnesota;
- Olson, D. e Schlieff, L. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. *Journal of Family Theory & Review*, 11:199–211 199. Acedido em setembro, 09, 2021 em: DOI:10.1111/jftr.12331;
- OMS (1986) – *Carta de Ottawa de Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS. Acedido em fevereiro 24, 2021 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>;
- Ordem dos Enfermeiros (2018) – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em fevereiro 24, 2021 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;

- Ordem dos Enfermeiros e Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE®Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em fevereiro 10, 2021 em: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>;
- Otto, A. e Ribeiro, M. (2020). Contribuições de Murry Bowen à terapia familiar sistêmica. *Pensando Famílias*, 24(1): 79-95. Acedido em fevereiro 22, 2021 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a07.pdf>;
- Paulon, S. e Romagnoli, R. (2018). Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação em Psicologia*, 22(3): 178-187. Acedido em fevereiro 22, 2021 em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/56045/37060>;
- Pinheiro-Carozzo, N.; Silva, I.; Murta, S. e Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da teoria familiar sistêmica. *Pensando Famílias*, 24(1): 207-223. Acedido em fevereiro 22, 2021 em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v24n1/v24n1a15.pdf>;
- PORDATA (2021a). *Taxa real de escolarização. Indicador Educação pré-escolar*. PORDATA – Base de dados Portugal contemporâneo. Acedido em setembro, 09, 2021 em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+real+de+escolariza%C3%A7%C3%A3o-987>;
- PORDATA (2021b). *Dimensão média dos agregados domésticos privados*. PORDATA – Base de dados Portugal contemporâneo. Acedido em setembro, 09, 2021 em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+do+m%C3%A9sticos+privados-511>;
- PORDATA (2021c). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. PORDATA – Base de dados Portugal contemporâneo. Acedido em setembro, 09, 2021 em <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>;

- Poulton, R.; Caspi, A.; Milne, B. et al. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*, 360(9346): 1640–1645. Acedido em junho, 12, 2021 em: doi:10.1016/S0140-6736(02)11602-3;
- Raposo, J. (2020). Diabetes: factos e números- 2016, 2017, 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15 (1): 19-27. Acedido em setembro 12, 2021 em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/05/RPD-Mar%C3%A7o-2020-Revista-Nacional-p%C3%A1gs-19-27.pdf>;
- Ramirez, B.; Baker, EA. e Metzler, M. (2008). *Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health*. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, USA. Acedido em setembro 03, 2021 em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dach/chaps>;
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento;
- Ribeiro, E.; Gomes, M. e Felizardo, S. (2015). Parentalidade e estilos educativos: perspetivas de pais e crianças (educação pré-escolar). *Revista de estudos e investigación en psicología y educación*, 15. Acedido em setembro 09, 2021 em: DOI: 10.17979/reipe.2015.0.05.227;
- Rodrigues, M. (1988). Investigação científica: operacionalização de variáveis. *Revista Referência*, nº1: 77-78. Acedido em novembro 11, 2021 em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=editionDetails&id\\_edicao=16](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=editionDetails&id_edicao=16);
- Rodrigues, E.; Samagaio, F.; Ferreira, H.; Mendes, M. e Januário, S. (2021). A pobreza e a exclusão social: teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* (9). Acedido em novembro 13, 2021 em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2566/2351>;
- Rosalini, M.; Probst, L.; Cunha, I. et al. (2019). Qualidade de vida, coesão e adaptabilidade em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (1): 307-314. Acedido em julho, 12, 2021 em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n1/307-314/pt>;



- Ruiz-Zaldibar, C.; Serrano-Monzó, I. e Mujika, A. (2017). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 94 (3): 238-250. Acedido em fevereiro, 18, 2021 em <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.019>;
- Santos, M.; Ferreira, E.; Figueiredo, A. e Ferreira, M. (2019). Desenvolvimento das políticas e dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *História da Ciência e Ensino – Construindo Interfaces*, vol. 20 (suplemento). Acedido em setembro, 09, 2021 em <https://doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp303-315>;
- Santos, R. e Celeri, E. (2018). Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. *Revista Paul. Pediatr.* 36(1). Acedido em setembro, 19, 2021 em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00009>;
- Seabra-Santos, M., Azevedo, A., Homem, T. et al. (2019). Promoção de Parentalidade Positiva nos Cuidados de Saúde Primários: Formação de Profissionais. *Psychology, Community & Health*, 8(1): 45–59. Acedido em fevereiro 23, 2021 em: <https://doi.org/10.5964/pch.v8i1.257>;
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Evolução global da população estrangeira 1980-2020*. Portal de Estatística do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Acedido em setembro 2021 em <https://sefstat.sef.pt/forms/evolucao.aspx>;
- Schmidt, B.; Staudt, A. e Wagner, A. (2016). Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 9(1):2-18. Acedido em fevereiro 13, 2021 em: doi: 10.4013/ctc.2016.91.01;
- Sousa, M. e Batista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Editora PACTOR, 2ª edição;
- Tralhão, F.; Rosado, A.; Gil, E.; Amendoeira, J.; Ferreira, R. e Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8 (1): 17-30. Acedido em fevereiro 12, 2021 em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>;

UNFPA (2018). *Annual Report 2018. One vision three zeros*. Acedido em dezembro 11, 2021 em:

[https://www.unfpa.org/modules/custom/unfpa\\_global\\_annual\\_reports/docs/UNFPA\\_PUB\\_2018\\_EN\\_Annual\\_Report\\_3.pdf](https://www.unfpa.org/modules/custom/unfpa_global_annual_reports/docs/UNFPA_PUB_2018_EN_Annual_Report_3.pdf);

WHO (2004). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. Acedido em janeiro 11, 2021 em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf);

WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva. Acedido em janeiro 11, 2021 em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1);

WHO (2018). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): sexual and reproductive health, interpersonal violence, and early childhood development*. SEVENTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY A71/19 Provisional agenda item 12.3 26. Acedido em março 2, 2021 em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_19-en.pdf);

WHO e UNICEF (2018). *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan. Acedido em março 2, 2021 em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>;

Vélez-Agosto, N.; Soto-Crespo, J.; Vizcarrondo-Oppenheimer, M.; Vega-Molina, S. e Coll, C. (2017). Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: Moving Culture From the Macro Into the Micro. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 12 (5): 900-910. Acedido em fevereiro 8, 2021 em: <https://doi.org/10.1177/1745691617704397>;

Victal, V.; Peixoto, S. e Pereira, J. (2019). Diversidades e adversidades bioecológicas à luz de Urie Bronfenbrenner: desafios e contribuições da psicologia escolar no desenvolvimento identitário do indivíduo frente às influências disfuncionais do contexto sistêmico-familiar. *Cadernos de graduação. Ciências Humanas e Sociais, Aracaju*, v. 5 (3): 287-300. Acedido em março 22, 2021 em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7070>.

## **ANEXOS**

---

## **ANEXO A**

---

Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do  
Instituto Politécnico da Guarda



COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

EMISSION DE PARECER

Parecer nº6/2021

Assunto: *Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade*

**Parecer Final:**

Parecer favorável

**Apreciação:**

O projeto apresentado enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda e tem como objetivos principais descrever e analisar as competências parentais e as competências socioemocionais das crianças em idade pré-escolar, em famílias em contexto de vulnerabilidade, e identificar programas parentais que possam dar resposta às necessidades emergentes no grupo vulnerável estudado.

É garantido a voluntariedade e autonomia dos participantes através do preenchimento de consentimento informado, livre e esclarecido.

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do Relatório final.

30 de setembro de 2021

A Presidente da Comissão de Ética:

*Jan de Tóreu dos Santos Dias Rife*

## **ANEXO B**

---

Aplicação e cotação da escala PSOC por Nunes, Jiménez, Menéndez, Ayala-Nunes e Hidalgo (2014)

## Parenting Sense of Competence (PSOC)

Esta prova foi desenvolvida por Johnston e Mash (1989)<sup>1</sup> e mede a competência parental percebida como mãe ou pai através de duas dimensões: a Eficácia como mãe/pai (EP, 7 itens); e, a Satisfação com o papel parental (SP, 9 itens). Deste modo, o PSOC, composto no total por 16 itens, procura verificar o nível de eficácia e de satisfação percebida dos pais em relação à sua capacidade de educar e cuidar os seus filhos, numa escala de 1 a 6 (1 = “não, totalmente em desacordo” e 6 = “sim, totalmente de acordo”).

Na tabela seguinte aparecem os itens de cada uma das subescalas que compõem a prova. Os itens referentes à Eficácia Parental cotam-se diretamente, enquanto os relativos à Satisfação, que aparecem sombreados, devem ser invertidos. A soma dos itens permite obter duas pontuações quantitativas que indicam que, quanto maior for o valor obtido, maior é o nível da dimensão correspondente. Por outro lado, a soma destas duas pontuações reflete o grau de Competência Percebida enquanto mãe ou pai.

**Tabela 1.** Itens e subescalas do PSOC

	EP	SP
1. Apesar de ser difícil, eu já sei como se pode influenciar os filhos.	X	
2. Com a idade que o meu filho tem, ser mãe não é agradável.		X
3. Nas coisas que têm que ver com os meus filhos, deito-me como me levanto, com a sensação de não ter terminado nada.		X
4. Não sei porquê mas, embora como mãe ache que controlo a situação, às vezes sinto como se a situação me controlasse a mim.		X
5. A minha mãe estava melhor preparada do que eu para ser uma boa mãe.		X
6. Eu era capaz de dizer a uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez o que tem que fazer exatamente para ser uma boa mãe.	X	
7. Ser mãe é algo que se leva a bom termo, e os problemas são fáceis de resolver.	X	
8. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber que estamos ou não a fazer bem as coisas.		X
9. Como mãe, às vezes sinto que não consigo fazer nada.		X
10. Consegui ser tão boa mãe como queria.	X	
11. Se há alguém que sabe o que aflige o meu filho, sou eu.	X	
12. Gosto mais e sou melhor a fazer outras coisas do que ser mãe.		X
13. Tendo em conta o tempo em que sou mãe, sinto-me à vontade com estas coisas.	X	
14. Se ser mãe fosse um pouco mais interessante, estaria mais motivada para fazê-lo melhor.		X
15. Para ser sincera, penso que sou capaz de fazer todas as coisas que fazem falta para ser uma boa mãe.	X	
16. Ser mãe põe-me nervosa e ansiosa.		X

<sup>1</sup> Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 167-175.



---

### **Aplicação e cotação do instrumento PSOC**

Antes de ler as 16 frases que compõem o PSOC, dir-se-á às participantes que serão lidas algumas frases que procuram descrever os seus sentimentos sobre ser mãe ou pai, e que as opções de resposta possíveis são seis (1= *“Não, totalmente em desacordo”*; 2= *“Em desacordo”*; 3= *“Desacordo em parte”*; 4= *“De acordo em parte”*; 5= *“De acordo”*; e, 6= *“Sim, totalmente de acordo”*).

Para os participantes sem estudos, com pouca escolaridade e/ou grandes dificuldades de compreensão podem-se representar as opções de resposta com um “Não” grande (em letra maiúscula), um “Não” médio e um “Não” pequeno (em letra minúscula), procedendo da mesma forma para o “Sim”.

Para cotar o instrumento, deve-se inverter os itens 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14 e 16 relativos à Satisfação Parental (ou seja, se o participante respondeu 6, a resposta será codificada como 1, se respondeu 5 será codificada como 2, e, assim, sucessivamente), antes de proceder à soma das pontuações obtidas nos 16 itens que compõe o PSOC.

Para obter o índice de eficácia parental e de satisfação com o papel parental, deve-se apenas somar as pontuações obtidas nos seus respetivos itens, onde os valores dos mesmos correspondem ao número da opção de resposta. A soma das duas dimensões reflete a Competência Parental Percebida (i.e., os 16 itens da PSOC).

## **ANEXO C**

---

Cotação e interpretação dos resultados do SDQ

### Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade, É um pouco verdade, É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<u>Escola de Sintomas Emocionais</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a ....	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2
<u>Escola de Problemas de Comportamento</u>	Não é verdade	E um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2
<u>Escola de Hiperactividade</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0
<u>Escola de Problemas de Relacionamento com os Colegas</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2
<u>Escola de Comportamento Pró-social</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

#### Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

### **Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”**

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limitrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limitrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

<b><u>Preenchido pelos Pais</u></b>	Normal	Limitrofe	Anormal
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

### **Preenchido pelo Professor**

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

### **Pontuação e Interpretação do Impacto**

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<b><u>Avaliação dos pais</u></b>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2
<b><u>Avaliação do professor</u></b>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limitrofe e uma pontuação de 0 é normal.

## **APÊNDICES**

---

## **APÊNDICE A**

---

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



Pedido de autorização para utilização de escalas

Caixa de entrada

quinta, 4/03/2021, 18:08

Boa tarde Exma. Senhora Professora Doutora Cristina Nunes,

Antes de mais gostaria de elogiar e deixar a minha sincera admiração e interesse nos trabalhos que tem desenvolvido. Tem sido muito interessante conhecer os resultados dos estudos e o enorme impacto para as famílias.

No âmbito de um projeto que tencionamos desenvolver em parceria com Unidades de Cuidados com foco na Comunidade, dirigido à promoção de competências parentais (desenvolvido por enfermeiros, em parceria com uma equipa multidisciplinar), gostaria de solicitar autorização para utilizar algumas escalas que identificámos em publicações de sua co-autoria em que efetuou a validação para a população portuguesa. Nomeadamente:

- (1) Escala de Avaliação da Coesão e Adaptação Familiar (FACES-III);
- (2) Children's psychological adjustment. The Portuguese version of Goodman's(2001) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ);
- (3) Perceived social support. An adaptation of the Functional Social Support Questionnaire;
- (4) Parental sense of competence (PSOC).

Se pretender mais algumas informações sobre o projeto, terei todo o gosto em facultar essas informações.

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

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

3. Nunes, C., Martins, C., Ayala-Nunes, L., Matos, F., Costa, E., & Gonçalves, A. (2020). Parents' perceived social support and children's psychological adjustment. *Journal of Social Work, 14*(801732091161). doi:10.1177/1468017320911614- Perceived social support. An adaptation of the Functional Social Support Questionnaire, Duke-UNC (Broadbent et al., 1988); Children's psychological adjustment. The Portuguese version of Goodman's(2001) Strengths and Difficulties Questionnaire (SD)

Com os meus melhores cumprimentos,



Isa Alexandra Santos <isaa.santos@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização de escalas

5 de março de 2021 às 19:50

----- Mensagem encaminhada -----

From: Cristina Nunes <csnunes@ualg.pt>

Data: sex, 5/03/2021 às 18:58

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização de escalas

Obrigada pelas suas gentis palavras.  
Em relação às escalas que me solicita:

O SDQ não foi adaptado pela minha equipa. A versão que usámos é da autoria de Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Retirado de <http://www.sdqinfo.com/d23ahtml>

PSOC - a versão que publiquei é adaptada às famílias em risco. Envio em anexo o relatório com Itens e cotação.

FACES III, está para sair na revista RIDEP no nº 59, 2021, uma nova versão adaptada da minha equipa. Se puder esperar uma ou das semanas poderá usar a vai ser publicada. Nunes, Ayala-Nunes, Ferreira & Martins (2021). Características psicométricas e estrutura fatorial da FACES III numa amostra de famílias em risco psicossocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 59*.

O Duke-Unc, submetemos agora o artigo com a validação portuguesa. Envio em anexo a escala. Quando o artigo for publicado envio-lhe a referência.

Espero tê-la ajudado!

## **APÊNDICE B**

---

Pedido de autorização para realização do estudo a duas IPSS de uma cidade do interior/centro de Portugal e seu parecer favorável



Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente \_\_\_\_\_

Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos, Enfermeira e atualmente aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência colaboração na realização do projeto de investigação que pretende desenvolver, intitulado **“Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade”**.

Reconhecendo \_\_\_\_\_ como uma Instituição de Solidariedade Social de referência na região interior/centro de Portugal e tendo em consideração que a população alvo deste estudo se centra em famílias em contexto de vulnerabilidade, considero que a colaboração da Vossa Instituição é de todo relevante. Este estudo tem como principal objetivo descrever e analisar as competências parentais e as competências socioemocionais das crianças em idade pré-escolar, em famílias em contexto de vulnerabilidade. Após caracterizar essas competências e analisando a coesão e adaptabilidade da família, poderemos identificar programas parentais que possam dar resposta às necessidades emergentes no grupo vulnerável estudado. Assim, será possível estabelecer algumas linhas orientadoras que possam ser usadas em programas de promoção de uma parentalidade positiva, numa ação conjunta entre os Cuidados de Saúde Primários e as Instituições/Organizações da comunidade, como a Vossa instituição.

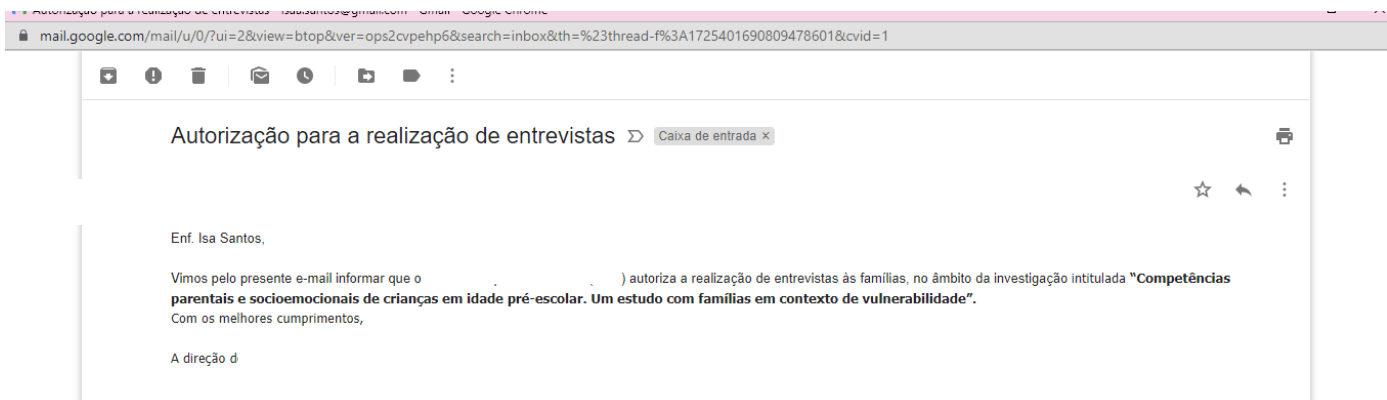
Neste sentido, solicito a Vossa Excelência autorização para a aplicação de um questionário (consultar anexo) a famílias em contexto de vulnerabilidade, com filhos em idade pré-escolar, referenciadas pela \_\_\_\_\_. O questionário será aplicado através de entrevista, após obter o consentimento informado dos participantes, garantindo a total confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados. Mais informo que o nome da Instituição não será em nenhum momento mencionada no estudo, de forma a garantir a confidencialidades dos dados. Se possível, solicitaria disponibilidade de um espaço físico na \_\_\_\_\_, adequado à realização da entrevista individual à família.

Nada mais havendo a tratar, agradeço desde já a atenção dispensada, encontrando-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Guarda, 1 outubro 2021

Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos



[redacted] da  
[redacted] autoriza a Enfermeira Isa Santos, a aplicar um questionário a famílias em contexto de vulnerabilidade, com filhos em idade pré-escolar, referenciadas pela [redacted] da [redacted] para efeitos do curso de Mestrado.  
A [redacted] irá disponibilizar de um espaço físico adequado à realização da entrevista individual à família.

2021

[redacted signature]

## **APÊNDICE C**

---

Declaração de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

## Declaração de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Ex<sup>mo</sup> (a) Senhor (a),

O meu nome é Isa Alexandra Isidoro Varandas dos Santos, sou Enfermeira e Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Guarda.

Neste âmbito e sob a orientação das Professora Dr.<sup>a</sup> Agostinha Corte e Professora Dr.<sup>a</sup> Eva Menino, estou a realizar uma investigação intitulada “**COMPETÊNCIAS PARENTAIS E SOCIOEMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR. UM ESTUDO COM FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE**”, cujos objetivos principais são a avaliação das competências parentais e das competências socioemocionais de crianças até aos 6 anos de idade, em famílias em contexto de vulnerabilidade.

Neste sentido vimos solicitar a sua participação no estudo, que será completamente confidencial! É importante que responda a todas as questões com o máximo de veracidade e não deixe respostas em branco.

### **BEM-HAJA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

*Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo, declaro que tenho mais de 18 anos e aceito participar na presente investigação. Compreendo ainda que a participação no presente estudo é de caráter voluntário, sendo que posso recusar a colaboração nesta investigação ou retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer consequências negativas. A minha participação implica responder a uma entrevista (cerca de 30 minutos) e toda a informação obtida neste estudo será confidencial, sendo que os dados recolhidos não serão utilizados para outros fins além da investigação em causa, exceto com a minha autorização por escrito.*

Data: \_\_\_\_\_

Codificação: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D**

---

Instrumento de colheita de dados da investigação “Competências parentais e socioemocionais de crianças em idade pré-escolar. Um estudo com famílias em contexto de vulnerabilidade”

**Instrumento de colheita de dados da investigação**

**“COMPETÊNCIAS PARENTAIS E SOCIOEMOCIONAIS DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR.  
UM ESTUDO COM FAMÍLIAS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE”**

DATA PREENCHIMENTO: \_\_\_\_\_ CODIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

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

**PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**1. DADOS DA CRIANÇA**

**1.1 Género** F \_\_\_ M \_\_\_

**1.2. Idade** \_\_\_\_\_

**1.3. Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**1.4 Frequenta o ensino pré-escolar?** S \_\_\_ N \_\_\_

**1.4.1** Tipo de Ensino? Público \_\_\_ Privado \_\_\_

**1.5 A criança tem algum problema de saúde identificado?** S \_\_\_ N \_\_\_

**1.5.1** Se sim, qual a área do problema?

Audição \_\_\_ Visão \_\_\_ Linguagem e/ou fala \_\_\_ Comportamento \_\_\_

Hiperatividade/défice de atenção \_\_\_ Aprendizagem \_\_\_

Desenvolvimento \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**1.6 A criança tem algum tipo de apoio educativo/especializado?** S \_\_\_ N \_\_\_

**1.6.1** Se sim, qual?

Terapia da fala \_\_\_ Fisioterapia \_\_\_ Psicologia \_\_\_ Neuropediatria \_\_\_

Pedopsiquiatria \_\_\_

Outro \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**1.7 A criança toma algum tipo de medicação?** S \_\_\_ N \_\_\_

**1.7.1** Se sim, qual? \_\_\_\_\_

2. DADOS DOS PAIS (CUIDADORES)

**Dados da Mãe (outro cuidador – indique quem: \_\_\_\_\_)**

**2.1. Idade** \_\_\_\_\_

**2.2. Estado civil** Casada \_\_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_\_ Solteira \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Viúva \_\_\_\_\_

**2.3. Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**2.4 Qualificação:**

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

**2.5 Encontra-se empregada?** S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**2.5.1. Se sim, qual o seu grupo profissional:**

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

**2.6 Tem algum problema de saúde diagnosticado?** S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**2.6.1** Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

**Dados do Pai (outro cuidador – indique quem: \_\_\_\_\_)**

**2.1 Idade** \_\_\_\_\_

**2.2 Estado civil** Casado \_\_\_\_\_ União de facto \_\_\_\_\_ Solteiro \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viúvo \_\_\_\_\_

**2.3 Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**2.4 Qualificação:**

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

**2.5 Encontra-se empregado?** S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**2.5.1. Se sim, qual o seu grupo profissional:**

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

**2.6 Tem algum problema de saúde diagnosticado?** S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**2.6.1** Se sim, qual?

\_\_\_\_\_



### 3. SITUAÇÃO FAMILIAR

#### 3.1 Estrutura familiar da criança:

Nuclear (pais e filhos) \_\_\_\_

Alargada (pais, filhos e avós/tios) \_\_\_\_

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

Monoparental (apenas um responsável legal pela criança) \_\_\_\_

Biparental (guarda partilhada da criança) \_\_\_\_

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

2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ >4 \_\_\_\_

#### 3.3 Número de irmãos que a criança possui:

1 \_\_\_\_ Idade do irmão \_\_\_\_

2 \_\_\_\_ Idade dos irmãos \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3 \_\_\_\_ Idade dos irmãos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

»4 \_\_\_\_ Idade dos irmãos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 3.4 A casa onde a criança habita é:

Própria \_\_\_\_ Alugada \_\_\_\_ De familiares \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_

3.4.1 A casa tem jardim ou espaço exterior onde a criança costume brincar? S \_\_\_\_ N \_\_\_\_

3.4.2 A criança partilha o quarto com mais alguém? S \_\_\_\_ N \_\_\_\_

3.4.2.1. Se sim, com quem? \_\_\_\_\_

3.5 A criança tem acesso a Internet? S \_\_\_\_ N \_\_\_\_

3.5.1 A criança tem acesso a computador/tablet? S \_\_\_\_ N \_\_\_\_

## PARTE II – Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES III)

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

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

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

### PARTE III –Escala de Competência Parental Percebida

*Versão portuguesa de Nunes, Jiménez, Menéndez, Ayala-Nunes e Hidalgo (2014)*

**Apresentam-se 16 frases que procuram descrever os seus sentimentos sobre ser mãe<sup>20</sup>. Diga em que medida cada frase reflete o que sente:**

	Não, totalmente em desacordo	Em desacordo	Desacordo, em parte	Acordo em parte	De acordo	Sim, totalmente de acordo
21. Apesar de ser difícil, eu já sei como se pode influenciar os filhos						
22. Com a idade que o meu filho tem, ser mãe não é agradável						
23. Nas coisas que têm que ver com os meus filhos, deito-me como me levanto, com a sensação de não ter terminado nada						
24. Não sei porquê, mas, embora como mãe ache que controlo a situação, às vezes sinto como se a situação me controlasse a mim						
25. A minha mãe estava melhor preparada do que eu para ser uma boa mãe						
26. Eu era capaz de dizer a uma mulher que vai ser mãe pela primeira vez o que tem que fazer exatamente para ser uma boa mãe						
27. Ser mãe é algo que se leva a bom termo, e os problemas são fáceis de resolver						
28. Uma das coisas mais difíceis de ser mãe é saber que estamos ou não a fazer bem as coisas						
29. Como mãe, às vezes sinto que não consigo fazer nada						
30. Consegui ser tão boa mãe como queria						
31. Se há alguém que sabe o que aflige o meu filho sou eu						
32. Gosto mais e sou melhor a fazer outras coisas do que ser mãe						
33. Tendo em conta o tempo em que sou mãe, sinto-me à vontade com estas coisas						
34. Se ser mãe fosse um pouco mais interessante, estaria mais motivada para fazê-lo melhor						
35. Para ser sincera, penso que sou capaz de fazer todas as coisas que fazem falta para ser uma boa mãe						
36. Ser mãe põe-me nervosa e ansiosa						

<sup>20</sup> NOTA: Adequar a aplicação do questionário caso o respondente seja o pai. Existem as duas versões.

**PARTE IV – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)**

**Pense no comportamento do seu filho nos últimos 6 meses e responda a todas as questões o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta.**

	Não é verdade	É um pouco verdade	Totalmente verdade
1. É sensível aos sentimentos dos outros			
2. É irrequieto, muito mexido, nunca para quieto			
3. Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos			
4. Partilha facilmente com as outras crianças (brinquedos, guloseimas, lápis, entre outros)			
5. Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras			
6. Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho			
7. Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam			
8. Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado			
9. Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente			
10. Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos			
11. Tem pelo menos um bom amigo ou uma boa amiga			
12. Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as			
13. Anda muitas vezes triste, desanimado ou choroso			
14. Em geral as outras crianças gostam dele			
15. Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar			
16. Em situações novas é receoso, muito agarrado e pouco seguro			
17. É simpático e amável com crianças pequenas			
18. Mentira frequentemente ou engana			
19. As outras crianças metem-se com ele, ameaçam-no ou intimidam-no			
20. Sempre pronto a ajudar os outros (pais, professores, outras crianças)			
21. Pensa nas coisas antes de as fazer			
22. Rouba em casa, na escola ou em outros sítios			
23. Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças			
24. Tem muitos medos, assusta-se com facilidade			
25. Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção			

