

*“A derradeira prova de um homem não é tanto a maneira como se comporta em tempos de conforto e conveniência, mas a maneira como ele enfrenta os tempos de maior desafio e controvérsia.”*

Martin Luther King, Jr.



A todos aqueles que directa ou indirectamente têm acompanhado a minha caminhada académica e profissional, em especial na concretização deste trabalho de investigação.

A todos aqueles que comigo partilharam as alegrias e os momentos menos bons ao longo de todo este caminho, porque nem sempre foi fácil.

A *Ti*, que estás sempre comigo.

À Professora Doutora Teresa Martins e à Professora Maria José Peixoto, pelo auxílio na construção deste projecto, por me ajudar a contornar algumas dificuldades que se foram cruzando no meu caminho e acima de tudo, pela disponibilidade e ensinamentos.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pelas facilidades concedidas para a realização deste trabalho e pela cultura e sabedoria que me transmitiu através dos seus digníssimos Docentes e Colaboradores ao longo do MESIP.

A todos os pais e crianças que partilharam comigo pensamentos, sentimentos, afectos e emoções... obrigada pela confiança e por tomarem possível este estudo.

A todos,

**Muito Obrigada**

## **ABREVIATURAS**

A.- Alto;

B.- Baixo;

cit. – Citado;

M.- Médio;

s.d. – Sem Data

Coor. – Coordenação

Cont. – Continuação

Pág.- Página

## **SIGLAS**

CIPE – Concelho Internacional para a Prática de Enfermagem;

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto;

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

INE- Instituto Nacional de Estatística;

PRF - Perfil de Resiliência Familiar;

RF – Resiliência Familiar;

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences;

OMS- Organização Mundial de Saúde.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>17</b>
<b>1-RESILIÊNCIA</b>	<b>19</b>
1.1-Definição de Conceitos	19
1.2-Factores que Favorecem a Resiliência	25
1.3-Resiliência Familiar	29
<b>2 - A CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DOS 3 AOS 5 ANOS DE IDADE</b>	<b>39</b>
2.1 – A Criança dos 3 aos 5 Anos de Idade e o Seu Mundo	40
2.2 - Família Versus Criança Doente	43
2.3- Cuidar Centrado na Família	47
<b>II-FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOSQUE INFLUENCIAM A RESILIÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO COM PAIS DE CRIANÇAS, NA FAIXA ETÁRIA DOS 3 AOS 5 ANOS, COM E SEM DOENÇA</b>	<b>51</b>
<b>1-MÉTODO</b>	<b>53</b>
1.1- Participantes	54
1.2- Material	55
1.3-Procedimento	58
1.4-Análise e Tratamento dos Dados	59
1.5-Considerações Éticas	60
<b>2- RESULTADOS</b>	<b>61</b>
2.1-Characterização Da Amostra	61
2.2-Dados Relativos às Variáveis Principais em Estudo	65

2.3- Dados Relativos à Comparação de Pais de Crianças com e sem Doença	70
<b>3-DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
<b>4-IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>87</b>
ANEXO I	89
ANEXO II	97

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>FIGURA 1-</b> Factores de protecção (adaptado de Anaut (2005,p. 53)_____	26
<b>FIGURA 2</b> – Definição de Resiliência Familiar com base na definição de McCubbinin e McCubbinin _____	36

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABELA 1</b> – Perfil de Resiliência Familiar: distribuição da pontuação das escalas pelos diferentes níveis _____	57
<b>TABELA 2</b> – Perfil de Resiliência Familiar: valores de coeficiente Alfa de Cronbach_____	58
<b>TABELA 3</b> – Distribuição das Categorias Profissionais_____	63
<b>TABELA 4</b> – PRF: Médias, desvio padrão, valores do teste t e p entre pais e mães das crianças _____	65
<b>TABELA 5-</b> PRF- Médias, desvio padrão, valores de F e p entre os diferentes estados civis dos pais das crianças_____	66
<b>TABELA 6-</b> Comparação de Médias dos diferentes itens atendendo à profissão_	67

**TABELA 7-** Correlação entre o PRF e a idade, escolaridade e número de filhos\_\_\_\_\_ 68

**TABELA 8-** Classificação do Perfil de Resiliência Familiar dos pais em estudo ( $n=116$ ), distribuição absoluta e percentual \_\_\_\_\_ 69

**TABELA 9 -** PRF: Médias, desvio padrão, valores da *Anova* e *p* entre pais de crianças sem doença, com doença crónica e com doença aguda \_\_\_\_\_ 70

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRAFICO 1-</b> Distribuição Percentual da Idade dos Participantes_____	62
<b>GRAFICO 2-</b> Distribuição da Frequência por Número de Filhos_____	64

## RESUMO

Este estudo de origem quantitativa teve como objectivo comparar a capacidade de resiliência dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos sem doença, com a dos pais de crianças internadas num serviço de pediatria, na mesma faixa etária. A Resiliência é a capacidade do indivíduo/família/comunidade, face às adversidades da vida, sair vencedor de uma experiência que poderia ser traumática. A nível familiar, diz respeito ao conjunto de características que a família possui e lhe permite ultrapassar situações traumáticas, restabelecendo o bom funcionamento e desenvolvendo algumas das suas capacidades.

Os dados foram recolhidos recorrendo a um questionário aplicado a 120 pais. O questionário contemplava um conjunto de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e número de filhos) e o Questionário de Resiliência, *Stress*, *Ajustamento* e *Adaptação Familiar* de McCubbin, M. e McCubbin, H. (1993). Este último permite avaliar o Perfil de Resiliência Familiar (PRF) e contempla a *Coerência Familiar*, *Flexibilidade Familiar*, *Envolvimento Familiar* e *Suporte Social*.

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o SPSS. Relativamente ao sexo, apenas existem diferenças estatísticas a nível da Coerência Familiar ( $p=0,018$ ), as mães deste estudo demonstraram ter uma maior Coerência Familiar que os pais. No que concerne ao estado civil verificaram-se diferenças estatísticas ( $p=0,008$ ) sobretudo entre os pais casados e divorciados, em que estes últimos mostram menor Envolvimento Familiar quando comparados com os primeiros. Podemos ainda verificar que os pais viúvos apresentam médias de valores relativos ao Envolvimento mais elevados. A escolaridade correlacionou-se negativamente com a Coerência Familiar, e associa-se directamente ao

Envolvimento Familiar e ao Suporte Social da família. As famílias com maior número de filhos apresentam menos Flexibilidade Familiar.

Na amostra estudada é visível que a maioria dos pais de crianças com doença crônica apresenta uma alta Flexibilidade Familiar, uma razoável Coerência e Envolvimento Familiar, mas um baixo Suporte Social. Relativamente aos pais de crianças com doença aguda, a sua maioria apresenta uma alta Flexibilidade Familiar, uma razoável Coerência Familiar, mas um baixo Envolvimento e Suporte Social. Relativamente aos pais de crianças sem doença é visível que a maioria apresenta uma alta Flexibilidade e Envolvimento Familiar, uma razoável Coerência Familiar e um baixo Suporte Social.

Verificamos ainda que existem diferenças estatísticas entre os grupos estudados, a nível da Coerência Familiar ( $p=0,002$ ) apresentando os pais das crianças com doença aguda uma maior Coerência Familiar do que os pais de crianças saudáveis ou com doença crônica.

É importante fomentar desde cedo, em cada elemento da família, em especial nas crianças, comportamentos que os tornem mais capazes de enfrentar as adversidades da vida, por isso é importante que o enfermeiro se aproxime das famílias e as estimule a desenvolver as suas características a nível da Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social da Família.

No entanto, a aplicação prática dos conceitos relacionados com a resiliência Familiar e a promoção da mesma continuam a ser um enorme desafio para a enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.

As **palavras-chave** utilizadas foram: **família (*family*)**, **resiliência (*resilience*)**, **resiliência familiar (*family resilience*)**, **crianças (*children*)**, **doença (*illness*)**.

## ABSTRACT

This quantitative study was aimed to compare the resilience of parents of children aged from 3 to 5 years without serious illness, with that of parents of children admitted in pediatric service, the same age. Resiliency is the ability of the individual / family / community life in face of adversity become a winner, in what could be a traumatic experience. At household level, with respect to the set of features that the family owns and allows you to overcome traumatic situations, restoring the proper functioning and developing some skills.

Data were collected using a questionnaire administered to 120 parents. The questionnaire includes a set of socio-demographic data (gender, age, marital status, occupation, education level and number of children) and the Questionnaire of Resilience, Stress, Adjustment and Adjustment of Family McCubbin, M. and McCubbin, H. (1993). The latter permits to evaluate the profile of Family Resilience (PRF) and includes the Family Coherence, Family Flexibility, Family Involvement and Social Support.

The statistical analysis was performed using SPSS. With regard to marital status there were statistical differences at Family Involvement ( $p = 0.008$ ) especially between married and divorced parents, as the latter show less Involvement when compared with the first. Widowed parents have average values for the higher Involvement. Educational level was negatively correlated with the Family Coherence, and associates directly to Family Involvement and Social Support of the Family. Families with more children have less Flexibility in family.

The sample shows, that parents of children with chronic illness presents a highly Flexibility, a reasonable Family Involvement and Family Coherence but low Social Support. The parents of children with acute illness, presents a high Flexibility, a reasonably Coherence, but a low Involvement and Social Support. The parents of

healthy children showed to have a high Flexibility and Involvement, a reasonable Coherence and low Social Support.

The results shows statistical differences between groups in Family Coherence ( $p = 0.002$ ), parents of children with acute illness show more Coherence than parents of chronic ill or healthy children.

It is important to encourage early, on each element of family, especially in children, behaviors that make them capable of facing life's adversities, so it is important for nurses to approach families to develop and encourage their characteristics at the level of Family Coherence, Family Flexibility, Family Involvement and Social Support from Family.

However, the practical application of concepts related to family resilience and its promotion remains a huge challenge for pediatric nursing.

The keywords used were: family (família), resilience (resiliência), family resilience (Resiliência familiar), children (crianças), disease (doença).

## INTRODUÇÃO

Actualmente regista-se um grande investimento e desenvolvimento na concepção dos cuidados de enfermagem em Portugal, onde a reflexão sobre a prática, tem um merecido destaque. Como refere Collière (1999, p. 204) “é uma grande esperança de evolução, para a profissão de enfermagem, ver crescer o interesse da investigação.”

Nos últimos anos a investigação tem assumido um papel muito importante e fundamental no sentido de solidificar as bases teóricas da enfermagem enquanto ciência, mas também para melhor capacitar os seus profissionais.

Enquanto cidadãos, vivemos num mundo complexo onde a cada dia surgem obstáculos a ultrapassar. Contudo, nem todos temos as mesmas capacidades para lidar com as adversidades da vida. Ao longo da nossa história de vida, muitos são os momentos que ficam nela gravados e que influenciam determinantemente a sua evolução. De entre estes, podemos salientar o término dos estudos, a entrada no mercado de trabalho, a partilha de uma vida a dois, o nascimento de um filho, a ocorrência de uma doença, entre outros. Todos estes marcos acarretam mudanças e transições essenciais no nosso processo de desenvolvimento pessoal.

Uma das mais devastadoras experiências na vida de um pai e de uma mãe é ter o seu filho doente, especialmente quando não são capazes de solucionar o problema e necessitam de recorrer à ajuda dos serviços de saúde. A doença e o internamento, principalmente quando se trata de uma criança, desencadeiam uma crise familiar, levando a uma alteração da estrutura e da dinâmica familiar (Lucas, 2004).

Segundo Hockenberry *et al.* (2006), os sentimentos experimentados por uma família que tem um filho doente levam-na a um desequilíbrio pela incapacidade de

controlo da situação, gerando sentimentos como a ansiedade e interferindo com a sua capacidade de adaptação à parentalidade.

Ser pai ou mãe de um filho, na faixa etária dos 3 aos 5 anos, é sem dúvida um período de transição com muitas interrogações, novos papéis e responsabilidades. Nesta etapa de desenvolvimento da criança “a intervenção deve continuar a ser centrada nos adultos responsáveis que controlam os comportamentos e modelam as atitudes da criança. É necessário ajudar os pais a compreender as consequências imediatas a médio e longo prazo das suas atitudes educacionais, e a valorizar os esforços pessoais como um investimento a longo prazo na saúde do filho” (Barros, 2003, p. 178).

A doença e o internamento podem trazer à família sentimentos de esperança, por vislumbrarem a hipótese de cura, ou desgosto e frustração profunda, por se confrontarem com o processo de doença (Hockenberry *et al.*, 2006). Esta situação adversa leva as famílias a desenvolverem estratégias para a ultrapassar e minimizar, de modo a restabelecer, dentro do possível, o equilíbrio familiar. Deste modo, os enfermeiros, quer a nível da comunidade, quer nos serviços de pediatria, podem ter um papel determinante e contribuir para o processo de capacitação destas famílias.

Segundo Anaut (2005) a resiliência é a capacidade que o indivíduo/família/comunidade possui de sair vencedor de uma experiência que poderia ser traumática, com uma força renovadora. Refere-se, assim, à capacidade de cada um para se construir e viver de maneira satisfatória, atingindo o bem-estar, apesar das adversidades com as quais se pode deparar, nesta longa caminhada que é a vida.

Segundo Walsh (1996;1998), a família resiliente é capaz de ser positiva face a uma adversidade, tornando a estrutura familiar mais coesa, consolidando o seu crescimento e capacidade de transformação.

Tradicionalmente os enfermeiros inserem-se num paradigma biomédico, centram o seu foco de atenção na doença e recuperação. Porém uma abordagem mais holística e sistémica centrada na pessoa e família e que aceita o profissional como parceiro dos cuidados tem vindo a afirmar-se. Esta nova abordagem salutogénica traz novos focos de atenção, nomeadamente as variáveis positivas que influenciam a saúde. O presente trabalho de investigação visa contribuir para o

estudo da resiliência colaborando para o desenvolvimento de novas abordagens na Enfermagem, em especial na Pediatria, ajudando a compreender o papel desta variável nos comportamentos com a saúde (Melillo *et al.*, 2005).

Pretendemos, com este estudo analisar a relação entre a resiliência dos pais com as variáveis sociodemográficas e perceber se a presença de doença num filho pode influenciar a capacidade de resiliência. Ser pai/mãe de um recém-nascido ou de um jovem/adolescente com doença parece ser manifestamente diferente, daí termos sentido necessidade de criar uma delimitação temporal, para que o factor idade da criança não fosse uma variável com impacto no processo. Assim, decidimos aplicar o critério de ser pai/mãe de uma criança na faixa etária dos 3 aos 5 anos.

Neste estudo, consideramos que “ter doença” englobava a Doença Crónica e a Doença Aguda. Deste modo, Segundo a OMS (Cit. por Charepe 2011. p. 40) a doença crónica é definida, como “uma doença que tenha uma ou mais das seguintes características: permanentes; desencadearem incapacidade/deficiências residuais; causadas por alterações patológicas irreversíveis; que exigem à pessoa uma formação especial para a sua reabilitação, longos períodos de supervisão, observação e/ou cuidados.” A doença Aguda, segundo Hockenberry *et al.* (2006, p. 7) é definida “conforme os sintomas forem graves bastantes para restringir a actividade ou precisar de cuidado médico.”

A questão de partida do presente trabalho foi “**Que variáveis sociodemográficas influenciam a resiliência dos pais de crianças, na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade, com e sem doença?**”, pelo que se procedeu à realização de um estudo comparativo entre pais de crianças sem doença, com pais de crianças com doença (crónica e aguda) da mesma faixa etária.

Para uma melhor organização e compreensão deste trabalho decidimos dividi-lo em duas partes, com os respectivos capítulos e sub-capítulos. Na primeira parte iremos fundamentar teoricamente o trabalho, dividindo-o em dois capítulos, onde serão abordados os conceitos relacionados com a resiliência e com a criança na faixa etária dos 3 aos 5 anos. A segunda parte centra-se no trabalho empírico desenvolvido, nomeadamente método, resultados, discussão e implicações para a enfermagem, em especial para a saúde infantil e pediatria.



## **I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 1-RESILIÊNCIA

*“A resiliência é um processo dinâmico que sustenta o enfrentamento na e da adversidade. É a capacidade de resistir/responder à crise, relacionando descobertas por meio da experiência, envolvendo o potencial para transformações pessoais e relacionais, expressos nos padrões de organização, de comunicação, de recursos pessoais e comunitários para a solução de problemas.” (Wernet, 2005, p. 15).*

O início dos estudos na área da resiliência surgem documentados na década de 80, contudo as bases teóricas do conceito, segundo alguns autores, já teriam surgido muitos anos antes. Na área da pediatria, foi Garmezy e colaboradores (cit. Anaut, 2005), que fez a aplicação contemporânea do conceito, quer a nível teórico, quer a nível clínico.

Segundo Anaut (2005), nesta área destacam-se os estudos de Garmezy (1983;1996), Rutter (1983;1992), Werner (1982;1992), entre outros, relacionados com diferentes domínios científicos, na área de psicologia, sociologia, educação, pediatria e saúde.

### 1.1-Definição de Conceitos

A palavra Resiliência teve a sua origem no termo francês “resilier”, que é composto por “re “ e “salire”, “re” significa movimento para trás, retirada; enquanto

“salire” significa saltar, pular. O termo “resilier” é muito aplicado, tanto na física, como na matemática, para descrever a capacidade que os materiais possuem de absorver energia cinética, sem que sofram alterações; é como que a capacidade que um material possui de resistir ao choque. O termo resiliência não se aplica somente à capacidade de resistir, mas também à capacidade de adaptação/ maleabilidade (Anaut, 2005).

Inicialmente o conceito de resiliência estava associado a invencibilidade ou invulnerabilidade, como refere Yunes (cit. por Sapienza & Pedromonico, 2005), porém foi-se modificando e, actualmente, o conceito refere-se à capacidade que cada indivíduo possui e desenvolve ao longo da sua vida para lidar com uma situação que para si é adversa, retirando um sentido positivo dela.

A resiliência é construída ao longo de toda a trajetória de vida e refere-se à capacidade de apaziguar ou atenuar os efeitos negativos que situações de risco podem provocar ao indivíduo ou família. É, pois, uma forma de gerir as adversidades da vida, reconhecendo o risco mas sempre tendo a capacidade de actuar e envolver os recursos, quer pessoais, quer familiares, para enfrentar essas mesmas adversidades. Deste modo, é um conceito precioso em termos de saúde, em especial na promoção da mesma, na medida em que ajuda a compreender como é que alguns indivíduos, face a um factor de risco, são capazes de o ultrapassar, de modo a tirar o melhor proveito (Silva, 2009).

Segundo Oliveira (2010, p. 15), a resiliência “é a capacidade de responder, de forma saudável e produtiva, a circunstâncias de adversidade ou trauma, sendo essencial para gerir o *stress* da vida quotidiana”. Por sua vez McCubbin (cit. por Silva, 2006), define resiliência, como um padrão de resposta que ocorre na pessoa ou num grupo de pessoas, que quando se deparam com uma situação difícil, ou uma circunstância adversa, têm a capacidade de responder de uma forma positiva, superando essa dificuldade. As catástrofes naturais, tais como os tsunamis e abalos sísmicos, a violência e as situações de doença, podem para além das consequências devastadoras funcionar como desafios e conduzem a uma luta constante para milhares de pessoas em todo o mundo, no sentido de enfrentarem e vencerem essas condições adversas.

Segundo Infante (cit. por Melillo *et al.* 2005. p. 23), a “resiliência (mais estudada na infância) tenta entender como crianças, adolescentes e adultos são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de viverem em condições de

pobreza, violência intra-familiar, doença mental dos pais ou apesar das consequências de uma catástrofe natural”.

Na saúde, e segundo Silva (2006), este conceito diz respeito à capacidade de o homem responder positivamente às situações adversas que enfrenta, mesmo que estas representem um risco potencial para a sua saúde e/ou para o seu desenvolvimento. De forma mais simples, a resiliência tenta perceber como pessoas gravemente doentes conseguem superar essa adversidade, minorando as suas consequências. Deste modo, este conceito é uma componente da saúde mental e da qualidade de vida, na medida em que a sua função é desenvolver a capacidade de enfrentar, vencer, sair fortalecido e transformado, após ser confrontado com uma situação desfavorável. Em suma, a resiliência é mais do que ultrapassar uma situação difícil, é conseguir retirar algo de positivo para que a pessoa se torne mais forte, mais capaz, para que a sua saúde mental e emocional não fiquem afectadas (Melillo *et al.*, 2005).

A “resiliência é então um processo dinâmico, que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de adversidade” (Melillo *et al.*, 2005, p. 23). É um processo gradual, que se inicia no começo da vida de cada pessoa, que é fruto das suas vivências e interacções com o que o rodeia e que permite encontrar respostas às adversidades e aos problemas do dia-a-dia, mesmo que este se encontre numa situação de risco elevado, ou de grande tensão.

Segundo Anaut (2005), o conceito de resiliência pode ser definido sob vários pontos de vista, sendo que nas investigações sobre a temática existem diferentes abordagens, nomeadamente as que se referem a: uma capacidade; resultado do processo; equilíbrio; processo adaptativo dinâmico; traço da personalidade; processo não perene; ou processo psíquico.

Quanto à definição de resiliência como capacidade, os investigadores que a defendem, consideram que esta se constrói da interacção do ser humano com o meio envolvente. Contudo, esta mesma capacidade pode ser interpretada ao contrário, nomeadamente como uma característica do sujeito que lhe permite apreender a realidade e desencadear o processo de resiliência.

Quando os investigadores fazem referência à resiliência como resultado de um funcionamento, querem com isto dizer que esta não é mais do que um conjunto de comportamentos que o indivíduo apresenta face a um determinado

acontecimento/ situação adversa. Contudo, a resiliência não se adquire de uma só vez, mas sim ao longo de todo o desenvolvimento do indivíduo, na medida em que “Estando o sujeito por definição em desenvolvimento ao longo de toda a vida e as estruturas ambientais variáveis, o funcionamento resiliente é, portanto, também flutuante.” (Anaut, 2005, p. 57).

Por outro lado, no que se refere à resiliência como equilíbrio, e como concluiu Werner (cit. por Anaut, 2005) a capacidade de resiliência pode variar consoante variam os aspectos inerentes ao próprio sujeito ou mesmo ao ambiente em que está inserido. Deste modo, a resiliência não é mais do que um equilíbrio constante destes factores. Segundo Fortin e Brigas (2000, cit. por Anaut, 2005. p. 58), “a resiliência deve ser sem dúvida compreendida como um construto multidimensional que resulta de um estado de equilíbrio entre os factores de risco e os factores de protecção perante os acontecimentos stressantes e/ou traumatizantes”.

As investigações que abordam a resiliência como um traço da personalidade, fazem-no por considerarem que existem características na personalidade dos indivíduos resilientes que os fazem comportarem-se como tal, podendo destacar a “perspicácia, a independência, a aptidão para as relações, a iniciativa, a criatividade, o humor e a moralidade.” (Anaut, 2005, p. 59).

Alguns estudos sobre resiliência reportam-se a esta temática como um processo adaptativo, na medida em que consideram que se trata de um processo dinâmico, que está em constante desenvolvimento e que é ajustável às oscilações da vida e ao desenvolvimento do ser humano.

O conceito de resiliência como um processo não perene, considera a resiliência como um processo dinâmico e evolutivo, e que não está associado a uma determinada altura da vida. Segundo Manciaux e colaboradores (cit. por Anaut 2005. p. 60)., “A resiliência jamais é absoluta, total, adquirida de uma só vez, mas sim variável consoante as circunstâncias, a natureza dos traumatismos, os contextos e as fases da vida; pode exprimir-se de formas muito variadas consoante as diferentes culturas”.

Sob outro ponto de vista, há investigadores que diferenciam a resiliência de curto e de longo prazo. Quer isto dizer que inicialmente surge a resiliência como uma resposta quase imediata a uma situação traumática, ou então, como um

processo que se vai moldando e aperfeiçoando ao longo do confronto. Podemos também encontrar a definição da resiliência como estrutural ou conjuntural, sendo que a primeira resulta do confronto com o acontecimento traumático, extrínseco ao ser humano, compacto e singular; enquanto a conjuntural diz respeito à resiliência resultante do *stress* do dia-a-dia a que todos os indivíduos estão sujeitos.

Segundo Castro & Moreno-Jiménez (2007), o conceito de resiliência surge na Teoria de Vinculação de Bowlby, quando este atribui o surgimento da resiliência nas primeiras experiências da criança com os pais ou pessoas significativas, referindo que as experiências positivas contribuem para a formação de personalidades saudáveis e resilientes.

No entanto, a definição de resiliência é “escorregadia” (Coleman & Hagell 2007). Nos últimos anos várias foram as críticas ao conceito, críticas estas que se referem ao facto da resiliência ser diferente de pessoa para pessoa e de ser usada larga e abertamente com diferentes interpretações. Existem conceitos relativamente próximos da resiliência e por vezes utilizados com alguma confusão.

Segundo Coleman e Hagell (2007), o **risco** pode significar adversidade mas também pode ser entendido como um comportamento potencialmente prejudicial, pressupõe a confrontação com o perigo, com uma contrariedade, calamidade ou infortúnio. Um factor de risco é uma característica presente no indivíduo ou num grupo de pessoas e está relacionada com uma grande probabilidade de obter resultados indesejados.

A **adversidade**, surge quando menos se espera, pode ter diferentes naturezas, diferentes impactos e efeitos sobre o indivíduo. Durante muito tempo esteve associado à pobreza, contudo, actualmente encontra-se também associada à violência, abusos, sofrimento, catástrofes naturais/sociais, psicoses e negligência. A adversidade “Apresenta-se à nossa frente quando não esperamos, apanha-nos de surpresa e, depois, instala-se no centro da nossa vida e já não deixa a presa” (Coleman & Hagell, 2007).

Pereira e Lopes (2005) referem que o **stress** faz parte da vivência diária do ser humano, podendo ser considerado um desequilíbrio entre os recursos que o indivíduo possui para fazer frente às adversidades e às exigências da agressão externa. Podemos salientar situações como a guerra, a morte, a doença e a fome como geradoras de *stress*, ou seja, são situações que desafiam as capacidades de

adaptação de um indivíduo ou família mas que podem ser vivenciadas de diferente forma pelos indivíduos. De forma mais simples, podemos entender o *stress* como uma situação entre o indivíduo e o meio ambiente, que ultrapassa os seus recursos e pode pôr em perigo o seu bem-estar.

A **vulnerabilidade** é inerente à existência humana, são todas as situações que põem a descoberto a fragilidade humana, confrontando o indivíduo com a finitude da vida, com a ideia de morte, levando-o assim a admitir que existem situações de risco que o homem não é capaz de controlar, tendo uma visão da vida como finita. As catástrofes naturais, as guerras e a doença são grandes exemplos da expressão da vulnerabilidade (Vieira, 2002).

O **coping** designa um conjunto de estratégias a que o indivíduo pode recorrer, de modo a combater um estímulo interno ou externo, que seja considerado constrangedor, tendo por objectivo voltar a adquirir o controlo da situação. É pois, um “conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, a reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo” (Anaut, 2005, p. 80).

De acordo com Wright (2005), o **sofrimento** é um estado mental, que todo o indivíduo sente dor física, mental ou espiritual prolongada. O sofrimento é pessoal, natural e profundo, atingindo igualmente ambos os sexos, todas as idades, raças, culturas e religiões, não poupando nem favorecendo ninguém. O indivíduo que vivencia uma situação de sofrimento, está convidado a reflectir profundamente, possibilitando uma oportunidade de crescimento e mudança profunda, pelo que este conceito está relacionado com o conceito de espiritualidade.

A **adaptação** é uma faculdade que o organismo possui para se habituar a novas condições de vida, tanto no plano físico, como no psicológico ou social. Deste modo, qualquer alteração do meio interno ou do ambiente que ponha em causa a sobrevivência do indivíduo ou da espécie, que vá alterar a homeostasia quer física ou psicológica, implicará processos dinâmicos que vão ocorrer para reduzir ou suprimir as limitações ou alterações, ou seja, a adaptação (Parot & Doron, 2001).

O **hardiness** é definido, segundo Kobadasa, Maddi e Khan (1982, cit. por Anaut, 2005), como uma constelação de características de personalidade que funcionam como uma fonte de resistência diante dos acontecimentos stressantes.

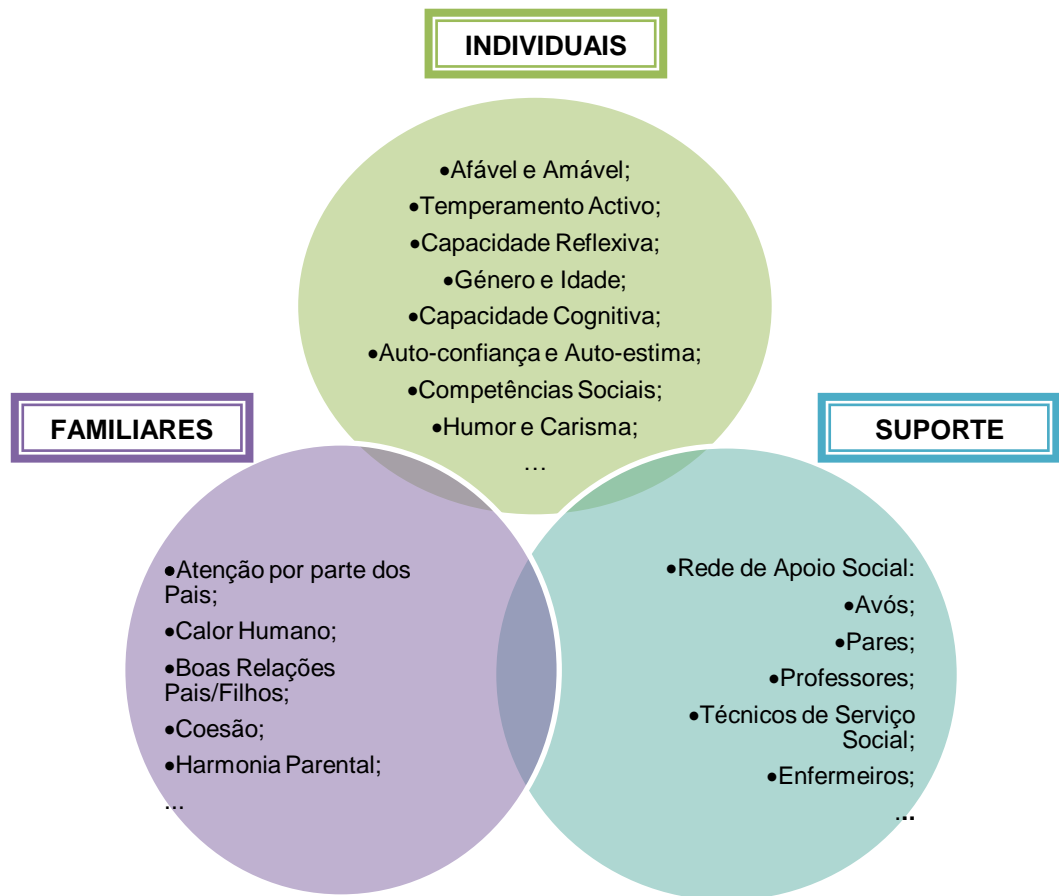
Segundo Anaut (2005, p. 77) o **empowerment** é a “capacidade de controlo e a sensação de poder sobre o meio ambiente, ligado a reconhecimento pelo indivíduo das suas competências neste domínio.”

## **1.2-Factores que Favorecem a Resiliência**

Na temática da resiliência interessa referir os factores que a favorecem, uma vez que o conceito resulta da interacção de factores de risco com factores de protecção, sendo estes dois favorecedores da ocorrência da resiliência.

Os factores de protecção resultam da interacção do indivíduo com o meio envolvente e podem modificar, aperfeiçoar ou alterar as reacções que a pessoa apresenta face a uma situação adversa. Estes factores são influenciados por “variáveis genéticas e constitucionais; características da personalidade; dos suportes do meio familiar e extra-familiar; da disponibilidade e qualidade dos suportes sociais.” (Anaut, 2005, p. 51).

Segundo Garmezy (cit. por Anaut, 2005), existem três tipos de factores que estão esquematizados na figura 1:



**FIGURA 1- Factores de protecção (adaptado de Anaut (2005, p.52)**

Observando os três tipos de factores pode-se aferir que todos eles são de natureza diferente. Se por um lado os factores internos reportam aos recursos do próprio individuo, os externos relacionam-se com a interacção do sujeito com o meio em que se insere (família/grupo/comunidade).

Segundo Melillo *et al.* (2005), existem autores que apresentam uma outra forma de agrupar os factores de resiliência, nomeadamente o “eu tenho”, “eu sou”, “eu estou” e “eu posso”. O primeiro refere-se ao apoio, nomeadamente às pessoas em que o indivíduo confia, aconselhando-o sobre a forma mais correcta de proceder face a uma situação de ajuda face ao perigo, de desenvolvimento pessoal, quando está doente ou necessita de aprender. O “eu sou” reporta-se ao próprio individuo e ao que os outros esperam dele. O desenvolvimento intra-psíquico apresenta-se no domínio do “eu estou”, enquanto o “eu posso” é relativo à aquisição de habilidades interpessoais e resolução de problemas.

Segundo Pesce *et al.* (2004), diante dos factores potencialmente geradores de desequilíbrio para cada indivíduo, os mecanismos de protecção são pontos-chave necessários para o restabelecimento do equilíbrio perdido e demonstração de competência apesar da adversidade.

O indivíduo com um perfil resiliente apresenta um número mais elevado de factores de protecção do que de risco, embora o valor protector de uma característica seja relativo, na medida em que depende do seu grau de desenvolvimento. O indivíduo resiliente apresenta um quociente de inteligência elevado; uma grande capacidade de autonomia nas relações com o meio; uma capacidade de percepção do próprio valor; boa capacidade de adaptação relacional e de empatia; capacidade de prever e planificar; e um bom sentido de humor (Anaut, 2005).

Quando são analisadas as pessoas que desenvolvem um comportamento resiliente, normalmente apresentam três características comuns. A **auto-valorização**, que diz respeito à valorização que o próprio sujeito faz de si, às características que possui, que o definem e que lhe dão a noção do seu próprio valor, ou seja a auto-estima, que se traduz nas atitudes e opiniões que os indivíduos têm na relação com os outros. A **consciência da sua eficácia** diz respeito à confiança que o indivíduo tem na sua capacidade de distinguir uma acção conseguida e todos os passos essenciais para a atingir, permitindo-lhe ver apenas os aspectos positivos das situações de adversidade com que se depara. E o **repertório de experiências pessoais ou de outros**, de resolução de problemas que se refere às experiências que foram identificadas socialmente como positivas e que servem de modelo ao indivíduo (Anaut, 2005).

Segundo Black e Lobo (2008), pode encontrar-se um conjunto ainda mais alargado de características que podem funcionar como factor de protecção. Entre elas pode salientar-se a importância de se ter uma perspectiva positiva sobre os acontecimentos, no sentido em que o **humor** faz com que o indivíduo, face à adversidade, tenha uma forma mais compreensiva, optimista e confiante, vendo os aspectos negativos por um lado mais positivo. A **espiritualidade**, uma vez que um sistema de crenças que é partilhado por toda a família permite-lhes dar sentido à crise ou mudança. A **coesão familiar** que representa a forma como o sistema familiar funciona quando os membros desse sistema se sentem bem na família. A **flexibilidade** que implica a redistribuição de papéis na família de forma a se ajustar à crise. A **comunicação** que visa a clareza, a expressão de sentimentos, a

colaboração na resolução de problemas, a honestidade e confiança mútua, permitindo numa situação de crise, que os elementos da família ouçam, compreendam e respeitem a razão para esses mesmos sentimentos negativos. A **gestão financeira**, que quando bem conseguida contribui para o bem-estar da família. O **tempo em família** conseguido através do tempo passado juntos nas tarefas do dia-a-dia e nos momentos das refeições é fundamental para manter a estabilidade e continuidade da família. O tempo de lazer em conjunto, desenvolvendo as habilidades sociais e cognitivas das crianças, a coesão e a capacidade de adaptação, podendo proporcionar felicidade, conhecimento, humor e prazer de ter experiências partilhadas. Os **rituais e rotinas**, actividades do dia-a-dia, (tarefas) mantêm as relações familiares mais próximas, envolvem uma comunicação simbólica duradoura, afectiva e de transmissão de gerações passadas, mantendo a coesão e valores familiares ao longo das diferentes gerações. As **redes de apoio**, uma vez que é importante partilhar recursos quer individuais, quer familiares, ou mesmo da comunidade, assim como ter a capacidade de procurar apoio quando necessitam. Embora estas características funcionem como factores de protecção, compensando os factores de risco, promovem também a harmonia, equilíbrio e a segurança da família (Black & Lobo, 2008).

Rutter (1999) refere que os resultados do seu estudo concluíram que os factores de protecção estão envolvidos com múltiplos riscos. A mesma autora, definiu factor de risco como uma variável que lida directamente com patologia e desajustamento, mas também representa mecanismos de lidar com resultados problemáticos. Deste modo, o risco pressupõe a confrontação com o perigo, com uma situação de adversidade, aumentando a probabilidade do indivíduo desenvolver problemas emocionais ou de comportamento. Anaut (2005) refere que os factores de risco são variáveis ligadas ao aparecimento de situações adversas, que podem ter origem biológica (próprio indivíduo), relacional e social (ambiente, família, com o meio socioeconómico e cultural). Segundo o mesmo autor podemos ainda classificar os factores de risco em factores centrados na criança, tais como a prematuridade, os défices cognitivos e separações maternas precoces; factores familiares, tais como a separação do casal, a violência, a doença crónica, o falecimento de um familiar; e factores socioambientais, tais como a pobreza, o desemprego e o isolamento relacional.

A actualidade faz do mundo um local complexo e repleto de problemas, que se acumulam em forma de riscos de diferentes naturezas. Quando o indivíduo é confrontado com vários factores de risco torna-se mais vulnerável, na medida em que o valor negativo do conjunto destes é superior ao de cada um deles isolado. Perante a possibilidade de os enfrentar e aproveitando os factores protectores, o indivíduo torna-se resiliente, recorrendo assim aos seus recursos positivos para enfrentar as adversidades.

### **1.3-Resiliência Familiar**

A Resiliência Familiar é um processo que implica necessariamente que a família passe por um período de crise, desorganização, privação prolongada, mas que, apesar de tudo isto, seja capaz de se reorganizar, encontrando um novo equilíbrio e, assim, ultrapassar a adversidade.

Os estudos científicos nesta área, surgiram após as investigações sobre indivíduos resilientes, e têm como foco identificar as características que existem na família e que contribuem para a resiliência da mesma. A estimulação destas características e dos processos resilientes fazem com que haja uma promoção da resiliência familiar (Anaut, 2005).

Anaut (2005, p.119) descreve o processo familiar resiliente como:

*“...um caminho seguido por uma família quando se adapta e evolui no presente e no tempo. As famílias resilientes respondem de forma positiva a estas condições, de maneira única, segundo o contexto, o nível de desenvolvimento, o esquema interactivo dos factores de risco e de protecção e o ponto de vista partilhado da família.”*

Segundo a mesma autora quando nos referimos à resiliência familiar observamos a família como um todo, com recursos e características específicas,

com processos de restabelecimento e de auto-subsistência próprios, que variam de família para família. O estudo da resiliência familiar é efectuado essencialmente tendo por base dois princípios, o funcionamento familiar e a visão da família, enquanto grupo familiar. O funcionamento familiar permite detectar comportamentos e modos da relação, as estruturas familiares que favorecem a emergência da resiliência nos seus elementos, focando os apoios familiares, as relações existentes no seio da família e as especificidades do grupo familiar que são susceptíveis de favorecer a emergência da resiliência, ou seja, a influência que a estrutura, configuração e formas de relação familiar têm no desenvolvimento da resiliência. Relativamente à família enquanto grupo familiar, é vista como um todo, onde todos os seus recursos e características para fazer frente à adversidade são tidos em conta.

São facilitadores do processo de resiliência do grupo familiar a adaptação aos factores de *stress*, a capacidade de avaliação da família perante os acontecimentos traumáticos, bem como o estabelecimento de laços com a colectividade.

Quando se pretende desenvolver programas de prevenção para famílias de risco, o objectivo é estimular a utilização dos recursos de que esta família dispõe, bem como as suas capacidades e competências. É através da mobilização, estimulação e melhor utilização destas capacidades, que as famílias podem desenvolver processos resilientes, de forma a retirar o melhor das situações de adversidade (Anaut, 2005).

A saúde da família depende da capacidade de satisfação das necessidades, quer individuais, quer familiares. Podemos dizer que existe saúde familiar quando a família possui características de interacção que lhe permitem funcionar como um todo e assim ter um melhor crescimento, quer a nível funcional, quer a nível do bem-estar. Esta interacção familiar, baseada numa atitude optimista, no amar e no dar apoio incondicional em situações *stressantes* favorece a resiliência familiar. Perante uma situação de crise, numa família unida pode surgir mais amor, tornar-se mais forte e com mais recursos para enfrentar os desafios futuros.

As qualidades de resiliência familiar podem ser desenvolvidas em qualquer momento do ciclo de vida da família, podendo melhorar e aperfeiçoar sempre que haja resolução de problemas. Deste modo, segundo Anaut (2005), o objectivo das investigações, onde pode ser aplicada a resiliência, não é apenas estudar os

processos resilientes, mas sim tentar propor formas de activação desses processos, ou seja, a forma de promover comportamentos mais positivos. Isto, tem como fundamento o facto de se poder definir a resiliência como um potencial a desenvolver, nomeadamente em famílias, tendo essencialmente duas aplicações clínicas: o tratamento individual ou grupal, nomeadamente das famílias de sujeitos em sofrimento e a prevenção, que visa diminuir os efeitos nocivos, antecipando as consequências negativas dos riscos em que os sujeitos incorrem.

De acordo com McCubbin e McCubbin (1993), o sistema familiar é muito complexo, envolvendo interacções a nível das características e personalidades de cada elemento da família, adaptando-se mutuamente à adversidade. Mesmo nos momentos difíceis do dia-a-dia, as famílias vão negociando mudanças, de forma quase inata, lutando em conjunto para as ultrapassar.

Pereira e Lopes (2005) referem que a resposta da família ao *stress* implica a ocorrência de um evento que seja considerado *stressor* que conduz a uma reacção face ao evento, havendo uma interacção entre ambos desencadeando assim uma resposta. Quando a família não é capaz de gerir a tensão causada pelo *stressor*, há um desequilíbrio entre a exigência que a adversidade provoca e as capacidades para lidar com a situação. Este desequilíbrio pode ser benéfico para a família, no sentido em que esta se reajusta às condições com as quais se depara e assim restabelece novamente o equilíbrio, tornando-se mais unida, ou, por outro lado, ser prejudicial e desencadear uma desorganização familiar.

Actualmente a doença é um *stressor* comum no seio familiar e os efeitos que este provoca na família estão relacionados com a magnitude da doença. As alterações não ocorrem só no elemento afectado, mas também nos restantes elementos, ao longo de todas as fases da doença, e não termina quando ocorre a morte. Nestes casos este é só o início de um processo de reorganização pela qual a família terá de passar. Durante este processo de busca do reequilíbrio familiar há uma grande oportunidade de expandir papéis, aceitar novas responsabilidades, aprender novas formas de organização e de cuidar (McCubbin & McCubbin, 1993).

A configuração que a família dá à saúde/doença/crise está deveras relacionada com os seus costumes, crenças, com a importância que dá aos recursos disponíveis para fazer face a estes mesmos desafios e varia de acordo com a cultura, etnia e diferenças sociais.

Segundo McCubbin e McCubbin (1993), uma grande vantagem em termos de factor protector para a família é o suporte social. Este é um “amortecedor” essencial, podendo ser de ordem formal (grupo de apoio) ou informal (família e amigos). Segundo Anaut (2005), a “etnicidade”, ou seja, os aspectos culturais de um determinado grupo, ligados à etnia de presença, é outra característica que pode também contribuir para a resiliência familiar, assim como, os factores genéticos, o meio circundante, estilos educativos, a parentalidade e as alterações que surgem com o decorrer do tempo no indivíduo e no meio.

A parentalidade representa um projecto de vida, repleto de mudanças sucessivas, pressupõe dar orientação e afecto à criança, para que esta cresça e se desenvolva adequadamente. Neste projecto não há só um enriquecimento da criança mas também dos pais, na medida em que também é favorecido o seu crescimento pessoal. Na criança, a forma de parentalidade pode influenciar o desenvolvimento, tanto da consciência do seu controlo interno, bem como a competência de forma a atingir objectivos estipulados. O tipo de relação dos pais vai moldar o desenvolvimento da criança desde cedo. Mediante a qualidade da parentalização, a criança interage com o meio e tem consciência das suas capacidades para agir sobre ele, experienciando autonomia, ou então por outro lado desenvolve uma dependência face ao meio, sujeitando-se à casualidade da vida (Anaut, 2005).

As famílias são importantes e proporcionam um importante meio onde as crianças se podem desenvolver e “florescer”. A parentalidade, segundo a CIPE, versão 1.0 significa “Acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (Concelho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 43).

Segundo Walsh (cit. por Kail, 2003), a resiliência assenta num processo que promove a habilidade de lidar com *stressores* persistentes e a capacidade de ser mais resistente em eventos *stressores* futuros. Segundo esta mesma autora, existem alguns processos familiares que funcionam como factores protectores, sendo eles: sistema de crenças, processos organizacionais e processos de comunicação. Relativamente ao sistema de crenças, este diz respeito à construção

do significado de resiliência, equacionando forças e possibilidades, espiritualidade e superação. No que concerne aos processos organizacionais, é fundamental a flexibilidade, que está relacionada com a capacidade/habilidade para reorganizar face à adversidade e para manter o equilíbrio, a “*connectedness*” que se refere ao compromisso que é demonstrado entre os diferentes membros da família, e a mobilização de apoios sociais e económicos. Por último, os processos de comunicação tais como a clareza, a expressão emocional e a colaboração na resolução de problemas facilitam a resiliência familiar. Não é possível observar uma hierarquia nestes factores protectores, uma vez que nenhum assume importância maior que os restantes, no sentido em que todos são fundamentais numa determinada altura/circunstância, dependendo do contexto em que se inserem.

Segundo Kail (2003), a resiliência familiar envolve aceitar o que aconteceu no passado e olhar para o futuro, mantendo uma construção partilhada de experiência de vida. Ter uma perspectiva positiva e sentido de humor são dois outros aspectos fundamentais para a resiliência familiar, na medida em que permite à família enfrentar a adversidade como um desafio, de forma activa, com menos tensão, mas realista. A espiritualidade é uma chave valiosa no processo de resiliência, uma vez que implica um instrumento activo dos valores “de cada um”, que dá sentido, plenitude interior e ligação com os outros.

Para Coleman e Hagell (2007) a resiliência familiar não é estática, uma vez que, dependendo de diferentes circunstâncias, pode ser mais ou menos resiliente. É um processo interactivo e não pode ser demonstrado através do comportamento de cada indivíduo, por isso as famílias devem ser vistas como um todo, observadas ao longo do tempo e nos seus contextos únicos.

Machado (2010, p.1) refere que “Falar de resiliência implica necessariamente falar de saúde e promoção de saúde.” Assim, as aplicações clínicas visam acima de tudo, estimular as capacidades do sujeito para encontrar processos que promovam a adaptação e a autonomia, mas também existem aplicações práticas no âmbito das capacidades dos sujeitos resilientes encontrarem recursos na rede social.

Ao promover a resiliência familiar estamos também a promover a resiliência das crianças, uma vez que nela existem um conjunto de factores protectores tais como as celebrações familiares, as rotinas, a convivência, as tradições e as crenças familiares, que ajudam a criança a ultrapassar diferentes situações de

adversidade. Por outro lado, existem também factores de recuperação que compreendem a integração familiar, suporte familiar, auto-estima, orientação de recriação e optimismo, que também facilitam todo o processo de resiliência. É o laço emocional que existe entre os membros da família, o esforço mútuo e o espírito de colaboração na família que se apresentam como a base fundamental para as famílias ultrapassarem as crises que lhes surgem no quotidiano. Os valores, as atitudes, os preconceitos, as suposições, as convicções, os rituais e as tradições familiares servem para expressar a identidade da família (Kail, 2003).

Parte das intervenções estão relacionadas com a prevenção de comportamentos negativos, em sujeitos inseridos em ambientes de risco. Por outro lado, existem outras intervenções que têm um papel fundamentalmente terapêutico, na medida em que estão relacionados com os cuidados a pessoas/grupos que sofreram situações adversas, nomeadamente o luto, a doença, a guerra, um acidente, catástrofes naturais, entre outras (Anaut, 2005).

Segundo Wernet (2005), na enfermagem, a aplicação prática do conceito é muito importante, uma vez que permite ao enfermeiro ajudar a família a ultrapassar uma situação de crise. Assim, ao tentar que a família crie recursos, aprofundando as suas capacidades para ultrapassar uma situação traumática, iremos favorecer a recuperação do sujeito em crise. Por outro lado, estaremos a incrementar o cuidado centrado na família, pois quando revemos o conceito de resiliência familiar verificamos que está implícita a necessidade do enfermeiro em adoptar estratégias de trabalho com as famílias, que visam dar espaço à família e colaborar com esta nos seus processos.

De acordo com a mesma autora, as famílias resilientes possuem um padrão estabelecido de vínculos e flexibilidade, que lhes permitem lidar com as privações que vão surgindo ao longo do seu desenvolvimento e mobilizar todas as suas forças de forma a possibilitar respostas positivas, quando confrontadas com situações de adversidade. A promoção da resiliência nas famílias deve assentar no respeito pela situação, pelas crenças e manifestações familiares, sempre com confiança na capacidade de encontrar soluções para os seus problemas. A segurança da família, nesta relação com o profissional, deve ser o elemento fundamental, de modo a que ela se sinta acolhida e desenvolva as capacidades e os recursos que possui para enfrentar a situação de risco. Assim, as famílias devem ser fortalecidas em situações de crise, de forma a potenciar as suas competências, aumentando a capacidade de superar dificuldades e resistir ao *stress* contínuo,

para que assim, possam adquirir recursos vitais para lidar com desafios actuais e futuros.

Kail (2003) refere que a comunicação pode ser vista como “função” e como “relação”, em que a primeira envolve o transporte da informação e sentimentos e a segunda está relacionada com a natureza das relações. A comunicação é essencial porque é um meio das famílias resolverem problemas familiares diários mas também problemas inesperados, ajudando a tomar decisões em conjunto, essencial para lidar com o conflito, embora na maioria das vezes não seja eficaz.

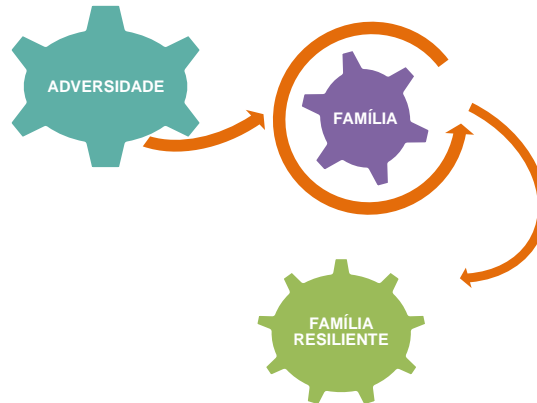
Segundo McCubbin e McCubbin (1993), a família desempenha um papel fundamental na saúde/doença dos seus familiares, uma vez que pode actuar em três níveis de prevenção, se para isso for alertada pelos enfermeiros. Deste modo, a nível da prevenção primária, a família pode influenciar o estilo de vida e as escolhas que podem prevenir a doença; na prevenção secundária a família é importante porque, ao dar significado aos sintomas, pode influenciar a decisão de procurar ajuda diferenciada para cuidar e na prevenção terciária a família influencia a resposta ao tratamento, e verifica a adesão ao regime terapêutico.

Segundo Kail (2003), a família é um lugar privilegiado para o crescimento e desenvolvimento da criança, na medida em que é aqui que se dá a sua socialização, sendo através dela que as influências da comunidade são transmitidas à mesma. No seio familiar os pais/significativos criam um “microclima” que afecta o desenvolvimento das crianças.

O suporte social é uma fonte indispensável de apoio informal para a família, assim como todos os processos usados pelas famílias para manter as suas interacções, na medida em que fornecem recursos vitais para o seu bem-estar.

Os factores sociais, económicos e emocionais são determinantes, quer na relação pessoal, quer na relação familiar. Deste modo, a família, amigos, vizinhos, instituições e recursos acessíveis da comunidade são fundamentais na protecção familiar.

Segundo McCubbin & McCubbin (1993), existem três passos essenciais para definir a resiliência familiar esquematizados na figura 2, a adversidade, a família propriamente dita e os resultados deste processo:



**FIGURA 2 – Definição de Resiliência Familiar com base na definição de McCubbin & McCubbin**

A família enfrenta a adversidade recorrendo aos seus pontos fortes e recursos para tentar manter o seu padrão de funcionamento normal e assim recuperar da adversidade, fazendo adaptações ao seu funcionamento, tornando-se resiliente (Muir, 2006).

Segundo Lee *et al.* (2004), uma melhor compreensão da resiliência familiar permite clarificar a forma como os enfermeiros podem ajudar as famílias e os indivíduos, mantendo o equilíbrio e a função familiar quando confrontados com a adversidade.

Segundo Kail (2003) os modelos de prevenção familiar assentam nos seguintes pressupostos: algumas crianças/adolescentes podem não beneficiar com um programa individual; os factores relacionados com a família podem ter mais impacto no desenvolvimento; os pais são mais influentes promovendo um suporte protector; o contexto ecológico e processos interpessoais podem influenciar a probabilidade de ser anti-social e as medidas preventivas centradas na família produzem mais resultados.

A resiliência familiar é um processo duradouro, que faz com que a família mude ou adote as suas dinâmicas e o modo de funcionamento, de forma a resolver os problemas criados por uma situação *stressante*. Compreende quatro grandes dimensões: as características familiares intrínsecas; a orientação dos

membros da família; a capacidade de resposta face ao *stress*; e a orientação externa. Este processo é essencial para o normal funcionamento familiar, onde é frequente ocorrer reequilíbrios e resolução de problemas.

McCubbin e McCubbin (1993), refere que as famílias são consideradas resilientes quando combatem com sucesso adversidades/*stress* ou quando reorientam eficazmente os seus padrões de funcionamento para enfrentar novos desafios. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros na área da saúde infantil e pediatria, assumem uma posição privilegiada, na medida em que têm uma proximidade muito grande com a criança e sua família, que outros profissionais não têm. Este facto permite-lhes fomentar o crescimento, quer individual, quer familiar, proporcionando união, companheirismo e novas formas de lidar com os problemas, recorrendo aos meios necessários. Assim, os enfermeiros devem procurar actuar a nível da promoção da saúde, para que haja uma diminuição significativa dos riscos, actuando a nível da comunidade, tanto a nível familiar como pessoal.

Os autores supra citados, apresentam um modelo de resiliência familiar, “The Resilience Model of Family Stress, Adjustment, And Adaptation”, que permite compreender as respostas familiares face à doença, realçando a adaptação familiar. Deste modo, propuseram um conjunto de medidas capazes de identificar o Perfil de Resiliência Familiar (PRF), o Questionário de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar, que permite avaliar a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. Assim, cada escala representa um domínio que funciona como factor facilitador da resiliência, e pode ser aplicada isoladamente. O primeiro domínio diz respeito às mudanças familiares, ou seja, a todos os acontecimentos da vida familiar que provocam mudanças na mesma. O segundo domínio diz respeito à coerência familiar onde são elaboradas questões que têm em conta o sistema de crenças, a atitude optimista e a espiritualidade da família. No terceiro domínio, a flexibilidade, é avaliada a integração familiar, a colaboração na resolução de problemas e os processos organizacionais da mesma. No quarto domínio, o envolvimento familiar diz respeito à comunicação familiar, clareza de expressão emocional e coesão familiar. Por último, o do suporte social, é avaliado pela interacção social com a própria família, amigos, vizinhos, instituições e recursos acessíveis da comunidade.



## **2 - A CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DOS 3 AOS 5 ANOS DE IDADE**

O papel que a cultura ou sociedade desempenham nos mais jovens tem um enorme significado na forma como estes se irão desenvolver até à fase adulta.

As crianças foram até ao século XII consideradas adultos em miniatura, mas mais frágeis e menos inteligentes e só recentemente foram aceites sócio culturalmente. Até ao século XVIII as famílias travavam uma batalha muito importante entre a elevada taxa de fertilidade e a elevada mortalidade infantil. As crianças assumiam um papel de trabalhadoras no sentido de ajudar a família, mas também de protecção para quando os seus progenitores fossem idosos. Além disso, eram uma garantia de continuidade da descendência. Durante esta época, a criança vivia à sombra dos adultos, imitando-os, e muitas vezes era privada do convívio familiar para não incomodar, aprendendo com a experiência, entrando no mundo dos adultos a pouco e pouco. Só depois do século XVIII a infância assume um papel de etapa diferenciada da idade adulta, e como tal, assume também um tratamento diferenciado. A criança passa a ser vista como fruto do “amor dos pais” e passa a ter momentos de socialização. Surge então a ida à escola, que lhe vai permitir adquirir competências sociais e morais, para que possa entrar no mundo dos adultos. O conceito de criança como o entendemos hoje deve-se ao facto de muitos estudos terem determinado que este é um período fundamental, bem como a existência de um maior respeito pela criança e pelo valor do seu saudável desenvolvimento (Carvalho, 2011).

Várias são as etapas pelas quais o ser humano tem que passar ao longo da sua vida. Ser criança é uma das etapas mais fascinantes em termos de crescimento

e desenvolvimento. Tem início aquando da fertilização da célula-ovo e passa por diferentes estádios de crescimento e desenvolvimento até atingir a adolescência.

Na idade pré-escolar, período dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta um nível de desenvolvimento biológico, uma maturação dos diferentes sistemas do corpo, assim como um refinamento do comportamento motor e fino. É nesta etapa do desenvolvimento infantil que se dá um desenvolvimento emocional e psicológico de extrema importância para a criança, pelo que um comportamento resiliente dos pais influencia o seu comportamento futuro.

## **2.1 – A Criança dos 3 aos 5 Anos de Idade e o Seu Mundo**

Segundo Hockenberry *et al.* (2006), a etapa pré-escolar é fundamental, na medida em que prepara a criança para o ingresso na escola. Deste modo, é importante que todos os níveis de crescimento e desenvolvimento anteriores tenham sido bem sucedidos, para que haja as conquistas biológicas, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais desta fase. Em termos de desenvolvimento biológico, não se verificam grandes mudanças durante esta fase, uma vez que a taxa de crescimento físico desacelera e estabiliza e os sistemas do organismo já se encontram maduros o suficiente para se adaptarem ao *stress* e a mudanças moderadas. É nesta etapa que há um grande desenvolvimento da imagem corporal e onde se dá um evidente e notório refinamento do desenvolvimento motor grosso e fino.

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial e segundo a teoria de Erickson, a iniciativa é a principal tarefa desta etapa (Hockenberry *et al.*, 2006). É também nesta fase da vida que se dá o desenvolvimento da consciência, embora esta já se tenha iniciado na primeira infância, mas é nesta altura que tem uma grande expansão. Assim, a criança desta faixa etária aprende os costumes socioculturais da família, ou seja, aprende os comportamentos adequados, valores

tolerantes, tendências e preconceitos relativamente a questões relacionadas com a etnia, a religião ou mesmo de ordem social.

O desenvolvimento cognitivo nesta faixa etária, segundo a Teoria Cognitiva de Piaget, enquadra-se na fase pré-operacional, sendo a sua principal característica a passagem do egocentrismo da criança para a consciência social e para uma maior capacidade para ponderar os pontos de vista alheios (Hockenberry *et al.*, 2006). Nesta faixa etária, a brincadeira e a linguagem são os meios mais eficazes da criança se fazer compreender, mas também de compreender e adaptar-se às diferentes experiências do seu dia-a-dia. Assim, o desenvolvimento social assume um papel primordial na conclusão do processo de individualização/separação, ou seja, a criança relaciona-se facilmente com pessoas que não conhece, o medo e a ansiedade causados pela separação dos que lhe são mais próximos são ultrapassados.

Segundo Opperman e Cassandra (2001), o pensamento mágico é outra característica importante nesta faixa etária. Os seus pensamentos são poderosos e intensos, não quer isto dizer que não haja pensamentos maus. Quando estes últimos às vezes se materializam, a criança assume uma culpa e responsabilidade, fruto da transição do egocentrismo para a consciência social, iniciando-se o raciocínio transdutivo (Hockenberry *et al.*, 2006).

Relativamente ao desenvolvimento moral nas crianças dos 3 aos 5 anos, podemos verificar que este é ainda muito básico e os seus comportamentos têm em conta apenas a restrição ou a liberdade que lhes é imposta relativamente a esses mesmos comportamentos. Também é o caso do desenvolvimento espiritual, que é muito influenciado pelos níveis cognitivos da criança e pelas práticas religiosas dos que lhes são mais próximos (Hockenberry *et al.*, 2006).

Segundo Grotberg (1995), a criança nesta faixa etária vai aprendendo sobre o espírito de iniciativa e está normalmente ocupada a alimentar as bonecas, a construir torres de legos, envolve-se em todas as brincadeiras onde reina o mundo do faz de conta, embora por vezes seja difícil distinguir a ficção da realidade. Tenta ajudar os adultos ou outras pessoas a realizar as tarefas que lhe parecem mais interessantes. É nesta etapa que as crianças são muito activas e questionam muito os pais/pessoas significativas.

Durante esta etapa da vida, muitas são as patologias que atingem o crescimento e desenvolvimento da criança. Se por um lado, existem algumas de ordem vírica e ditas “normais”, sendo passageiras, por outro lado, temos as doenças crônicas, que causam na maioria das vezes, alterações no crescimento e desenvolvimento da criança, sendo neste último caso frequente a hospitalização e a realização de tratamentos, que na maioria das situações são dolorosos.

Segundo Prugh *et al.* (1953) e Rutter (1990) (cit. por Barros, 2003, p.76) “ a hospitalização é uma experiência mais perturbadora durante a primeira infância e no período pré-escolar, nomeadamente entre os seis meses e os quatro anos.”, isto deve-se essencialmente a uma maior dificuldade em se separar dos pais, da pré-escola, bem como a percepção assustadora que a criança tem em relação aos cuidados. Barros (2003) refere ainda que o tipo de experiência relativamente à hospitalização tem como factores determinantes o nível de desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo, em que a criança se encontra.

A criança na idade pré-escolar “está essencialmente dependente dos adultos responsáveis e o seu comportamento de saúde é fortemente condicionado pelas contingências sociais a que está sujeita na família e no Jardim-de-infância” (Barros, 2003, p. 177).

Os pais das crianças aquando da situação adversa deverão oferecer um amor incondicional, bem como expressá-lo verbalmente. A criança deve ser tranquilizada por uma voz suave e nos braços dos pais, devendo ser acalmada sempre que esteja nervosa/agitada face a uma situação de *stress*. Por outro lado, a criança deve ser incentivada a respirar fundo quando confrontada com situações de *stress*. Torna-se imperioso que os pais adoptem um comportamento adequado, no sentido de promover o optimismo, a confiança e a auto-estima, sem nunca deixar de estabelecer regras, de forma a serem cumpridas. A criança deverá ser elogiada sempre que tiver um comportamento desejado, como por exemplo, arrumar os brinquedos, acabar um *puzzle* ou um jogo, que ainda não tinha conseguido acabar. A independência da criança é também muito importante, pelo que nesta fase deve ser incentivada, assim como o reconhecimento dos seus sentimentos e dos que a rodeiam, contudo esta é uma tarefa difícil, pelo que deve ser ajudada. Um dos papéis dos pais consiste em preparar a criança para a adversidade, falando com ela sobre as dificuldades e em como usar as suas capacidades para as ultrapassar, nomeadamente incentivar a comunicação na resolução de problemas, nos acontecimentos do dia-a-dia, bem como encorajar a expressão de sentimentos. A

criança deve ser questionada mediante as suas atitudes e comportamentos, de forma a ser responsabilizada pelos mesmos (Grotberg, 19965).

Segundo Poletti e Dobbs (2007, p. 43) “é sobretudo na primeira infância que se formam os recursos que vão permitir a resiliência.”

## 2.2 - Família Versus Criança Doente

*“À imagem de uma pequena aldeia, única nas suas ruas, casas, dimensão e enquadramento na paisagem, cada família adquire uma forma própria em função da sua organização estrutural. Se essa aldeia tiver as casas caiadas de branco, ruas rectilíneas e se enquadrar numa planície, parece não ter nada que ver com uma outra, também de ambiente rural, mas encravada entre os montes, que até pode ter o mesmo número de casas mas em que estas são graníticas, dispostas ao longo de ruas sinuosas... Se imaginarmos as duas fotografias aéreas com certeza que faremos diferentes inferências sobre cada uma, mas não deixaremos de a ambas chamar aldeia.”* (Relvas, 2004, p. 15).

Segundo a autora supra citada, a família é um sistema aberto/permeável, onde há troca de influências, partilha de experiências e emoções, onde cada elemento se relaciona entre si e com o meio envolvente. Deste modo, é imperativo conhecer o contexto em que está inserida, de forma a compreendê-la melhor.

Apesar das famílias poderem ser de várias dimensões, quanto ao seu agregado, actualmente deparamo-nos com uma redução significativa do número dos seus elementos, quando comparado com o de há umas décadas atrás. Independentemente do número de elementos que cada família possui, cada um deles assume uma função e estatuto próprio, relacionando-se mutuamente, quer a nível afectivo, quer a nível de valores.

Segundo McCubbin e McCubbin (1993), cada vez mais assistimos a uma dissolução da família, pelo que há uma nostalgia pela família do passado, uma vez que era percebida como feliz, unida, quase inquebrável, o que não se verifica nos

dias de hoje. Nas últimas décadas, os papéis familiares sofreram grandes alterações, deixaram de existir os papéis estanques do passado, tais como a mulher dona de casa e o marido com função de sustentar a família. Actualmente todos os elementos da família partilham as tarefas do dia-a-dia e funções familiares.

De acordo com Relvas (2004) a família é “una e única”, una na medida em que é vista como um todo, como uma globalidade, só podendo ser compreendida de forma holística e única na medida em que não existem duas famílias iguais. Existe uma grande complexidade a nível relacional dentro das famílias, na medida em que cada elemento da família estabelece relações entre si, no entanto importa salientar que esses mesmos indivíduos também se relacionam fora do sistema familiar, desempenhando papéis e funções diferentes.

Segundo a CIPE, versão 1.0 a família é um grupo com as seguintes características específicas:

*“Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo colectivo, composta por membros ligados através da co-sanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.” (Concelho Internacional de Enfermeiros, 2005,p. 171).*

Ao longo de todo o percurso da família surgem situações de crise, que geram mudança, situações de *stress* que exigem da família uma transformação da sua estrutura e das relações existentes. É através das mudanças e da flexibilidade que as famílias se distinguem na promoção do seu desenvolvimento, permitindo que esta cresça e avance. Existem diversas situações que podem ser consideradas de crise para a família, nomeadamente a doença, que é uma das situações de crise que mais cedo ou mais tarde está presente no ciclo vital de todas as famílias (Relvas, 2004).

Sprey (cit.por Conger, Lorenz & Wickrama, 2004. p. 3), usou a analogia a um rio para propor que a família deveria ser estudada como um processo que:

*“... like a river, is complex, continually changing, and both shapes as well as is shaped by the broader environment in which it exists. In a less colourful fashion, perhaps, several family scholars representing a broad range of theoretical perspectives have drawn increasing*

*attention to the need to focus on change process in the study of families and family relationships.”*

Deste modo, o autor evidenciou que a família é um sistema complexo em permanente evolução e que é influenciada pelo ambiente que a rodeia.

A doença é uma experiência individual, afectando a integridade física e psicológica do indivíduo, sendo vivenciada de forma única, tendo um impacto muito grande na forma como os indivíduos se percebem, bem como no ambiente social que os rodeia.

A doença gera, quer no indivíduo, quer na sua família, mudanças, uma vez que estes têm de se adaptar e organizar de forma diferente, de modo a lidar com as alterações de saúde.

*“If a relative is ill, all family members are affected. If the strain of caregiving is great, then caregivers themselves become ill. If the caregiver is ill, then the ill patient has more difficulty with recovery. A systemic view of illness means understanding the effect of illness on the family system and understanding the effects of the family system on illness presentation and outcome.”* (Heru & Drury, 2011, p. 45).

Segundo Gameiro (2004) quando surge uma doença na criança, os pais vivenciam um conjunto de sentimentos que vão desde a impotência, à angústia, ao medo, à raiva e muitas vezes, até à culpa. Deste modo, há uma grande ansiedade e *stress* nesta família, pelo que esta deve tornar-se o foco da nossa atenção enquanto enfermeiros, de forma a podermos ajudar estas famílias a serem mais resilientes, proporcionando-lhes bem-estar e equilíbrio dentro do possível, retirando o melhor partido da situação.

“O diagnóstico da doença provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências.” (Pereira & Lopes, 2005, p. 72). Uma vez que cada indivíduo desempenha um papel único na família em que está inserido, contribuindo para a manutenção da unidade familiar, quando adoece, os papéis dos restantes indivíduos da família têm de se ajustar a esta adversidade. Deste modo, a doença da criança poderá ser motivo de uma maior disfunção familiar sobretudo se a família não for resiliente.

Segundo McCubbin e McCubbin (1993), a doença implica um ajustamento face às alterações que esta provoca na criança e respectiva família. Se em alguns

casos esta adversidade é factor de união, noutros pelo contrário provoca um afastamento dos elementos da família. Em muitos casos, os familiares experienciam diversas perturbações de nível alimentar, sono e repouso, ansiedade e depressão.

A doença é considerada um *stressor* familiar, ou seja, um acontecimento que interfere e origina mudanças no sistema familiar, e que implica aspectos emocionais, conflitos intrafamiliares e encargos financeiros, provocando na maioria das vezes uma crise no sistema familiar.

Segundo Pereira e Lopes (2005, p. 73):

*“A família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade. (Enelow e col., 1999). Segundo estes autores, a família vivencia um conjunto de experiências quando um dos seus membros adoece gravemente.”*

De acordo como a mesma autora, para a maioria das pessoas a alteração do estado de saúde com um conjunto de sinais e sintomas anormais relacionados com perturbações funcionais ou lesões, representa uma situação nova, muitas vezes inesperada e assustadora, pelo que tentam compreender e adaptar-se à situação, de modo a obter o controlo da mesma. As reacções à doença, quer da criança, quer da sua família, são variadas e dependem não só da doença mas também da forma como a criança a interpreta no contexto da sua trajectória existencial e da sua percepção acerca das ameaças que esta representa para si. Esta crise pode ser vivida como uma ameaça ou como um desafio, o impacto que terá no sistema da família depende do grau de desenvolvimento em que esta se encontra, da forma como a doença interfere na dinâmica da família e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar.

As famílias diferenciam-se na forma como são capazes de encontrar novos caminhos para se reestruturarem. É fundamental encontrar processos que promovam uma adaptação positiva face à adversidade, ou seja, procurar ajudar as famílias a encontrarem o caminho da resiliência na resolução dos seus problemas, em especial quando se trata da doença de uma criança.

Segundo Vinson (2002), uma situação de crise a nível familiar pode potenciar a interacção familiar e consequentemente uma melhor adaptação à

doença, e até mesmo uma melhor recuperação da criança. O ambiente familiar é fundamental sendo a primeira influência no desenvolvimento emocional e psicológico da criança. As interações familiares são complexas no sentido em que são influenciadas quer pela própria família quer pela sociedade em que esta está inserida. A influência desta surge baseada em leis, meios de comunicação social, religião e política, que por vezes podem gerar tensão na mesma.

A vivência da saúde/doença, das crianças e da sua família, deverá ser um importante foco de atenção para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, uma vez que os seus objectivos passam pela saúde e sua promoção. A doença pode impedir o normal desenvolvimento da criança, pois deixa-a com menos amigos, pode levá-la à exclusão quer a nível escolar, quer em actividades normais do seu desenvolvimento e ao desenvolvimento de problemas de comportamento, que podem influenciar a sua saúde (Vinson, 2002).

### **2.3- Cuidar Centrado na Família**

Ao longo de toda a história da humanidade é possível identificar a família como cuidadora dos que se encontravam doentes, prestando-lhes cuidados inerentes à doença. Contudo, com o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, em especial da medicina e com a melhoria da qualidade de vida muitos doentes passaram a ser cuidados por profissionais de saúde e em instituições próprias para o efeito, longe do seio familiar. Não vai longe o tempo em que os cuidados prestados à criança concentravam-se apenas nesta, sendo a família considerada uma barreira ou uma fonte de problemas. Só posteriormente a comunidade científica apercebeu-se dos benefícios que a presença da família desempenha na recuperação da criança e assim, com o passar dos anos e ao longo de toda a história da enfermagem, a família foi ocupando progressivamente um lugar de destaque, como alvo dos cuidados dos enfermeiros (Carvalho, 2011).

Cuidar nasce com o Homem, pois este tem capacidade de cuidar de si e dos outros. Segundo Collière (1999, p. 27) cuidar “ é um acto de vida que tem primeiro e antes de tudo como fim permitir à vida continuar a desenvolver-se”.

No cuidado à família o objectivo essencial é obter, manter e restabelecer a saúde dos seus elementos e para tal esta é tratada como um todo, sendo importante compreender que enquanto a família procura o seu equilíbrio, vão surgindo dificuldades, sendo normalmente, nesta altura que a família necessita de expressar as suas necessidades, de ser ouvida e cuidada.

O enfermeiro, ao incluir a família no cuidar, necessita de estar desperto para tudo o que a possa influenciar. Assim, tem de estar aberto e atento às intervenções, ao impacto que as vivências têm na família, ao conhecimento da dinâmica, das crenças e da forma como esta se adapta às situações adversas. Deste modo, para que o enfermeiro possa cuidar da família é necessário que exista interacção entre este e a família, e que se estabeleça uma relação empática com esta, de modo a que haja uma partilha das experiências vivenciadas. Assim, o papel do enfermeiro será de ajudar a família na adaptação/superação das situações geradoras de crise que afectam o sistema familiar.

As famílias são de extrema importância no crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que são estas que criam um ambiente saudável e favorável para que a criança floresça e se torne num adulto mais capaz de lidar com os problemas do quotidiano. Assim, ao prestar cuidados centrados na família estamos não só a cuidar desta, mas também das crianças que nela existem, e consequentemente tornar mais saudáveis os adultos de amanhã.

Segundo um estudo realizado por Wernet (2005) os enfermeiros atribuem diferentes significados à família. Há enfermeiros que consideram a família como promotora de bem-estar, no sentido em que promove a segurança dos seus elementos, pois “tudo fica mais fácil” quando estamos rodeados e somos apoiados por aqueles que nos são mais queridos; para outros a família é vista como sujeito de cuidados onde há a criação de uma relação empática, tentando compreender a família para facilitar o seu cuidar, percebendo as alterações e as necessidades; e outros ainda introduzem o conceito de “liberdade para cuidar”, no qual o enfermeiro estabelece uma relação mais atenta e aberta com o doente, mobilizando as suas acções neste contexto de relação com os outros.

É importante ter em consideração que enquanto a família tenta alcançar o seu equilíbrio é confrontada com variadíssimas dificuldades, pelo que necessita de expressar as suas necessidades, de ser ouvida e cuidada. Assim, o papel do enfermeiro é ajudar na adaptação/superação das situações geradoras de crise e que afectam o sistema familiar tendo em atenção as suas necessidades. Esta não é uma tarefa fácil pois, “desenvolver cuidados centrados na família torna-se uma forma de estar em enfermagem que vai além do saber específico, exige por parte dos enfermeiros o domínio de novas técnicas e a flexibilidade suficiente para intervir em contextos complexos e instáveis” (Martins, 2003, p. 53).

Segundo Wernet e Margareth (2003), as vivências do dia-a-dia, assim como as experiências que vão surgindo ao longo do nosso desenvolvimento, quer como enfermeiros, quer como pessoas, influenciam o significado que o cuidado centrado na família tem para cada um de nós. Prestar cuidados de enfermagem centrados na família exige por parte dos enfermeiros uma mudança na perspectiva do cuidado. Deste modo, é importante trabalhar os enfermeiros, de forma a sensibilizá-los para a família e deixando de a considerar como um contexto do cuidado ao indivíduo.



**II-FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUENCIAM A  
RESILIÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO COM PAIS DE  
CRIANÇAS, NA FAIXA ETÁRIA DOS 3 AOS 5 ANOS, COM E  
SEM DOENÇA**



## 1-MÉTODOS

Seguiu-se um paradigma quantitativo na presente investigação, em que se procura analisar relações entre os fenómenos, adoptando uma estratégia sistemática, objectiva e rigorosa.

Segundo Fortin (1999, p.133), o tipo de estudo “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação”. **Que variáveis sociodemográficas influenciam a resiliência dos pais de crianças, na faixa etária dos 3 aos 5 anos, com e sem doença?** Foi a questão de investigação que serviu de ponto de partida para este estudo. Neste capítulo apresentamos os procedimentos metodológicos utilizados no decurso desta investigação. Deste modo, serão apresentados o método, o tipo de amostragem dos participantes em estudo, o material, os procedimentos, a análise dos dados e as considerações éticas.

O presente estudo é do tipo transversal. Os estudos analíticos procuram esclarecer relações entre variáveis partindo de hipóteses. Na escolha do tipo de estudo teve-se em consideração o tempo e os meios disponíveis para a realização do mesmo.

## 1.1- Participantes

A população é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, que tem em comum uma ou mais características semelhantes e sobre o qual se realiza a investigação. A população alvo do estudo em causa foi pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos. Segundo Fortin (1999, p. 365) “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”. Para a realização deste estudo, a unidade de análise foram pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos, afectadas por uma doença (aguda ou crónica) e sem doença. Daí recorreremos a um serviço de Pediatria de um Hospital do Grande Porto para recrutarmos pais de crianças com doença. Para seleccionarmos o grupo de comparação (pais de crianças sem doença) recorreremos a dois jardins-de-infância da mesma região.

O tipo de amostragem ideal seria a amostra aleatória, contudo, devido às dificuldades associadas à sua obtenção, optámos por uma amostra accidental. No jardim-de-infância os pais foram contactados e convidados a preencher o questionário. No período de Fevereiro a Maio de 2011 preencheram os instrumentos de recolha de dados 60 pais de crianças sem doença. Contudo, através da análise efectuada verificamos que existiam 4 pais que apesar de assumirem ter filhos saudáveis, expressaram no questionário que um dos filhos possuía problemas de saúde e assim na análise efectuada entre os grupos (doença crónica, doença aguda e sem doença) estes foram eliminados.

No período de Maio a Setembro de 2011 (e até se conseguir o mesmo tamanho amostral de pais de crianças sem doença) a investigadora deslocou-se diariamente ao serviço de Pediatria do hospital seleccionado e todos os pais de crianças com idades compreendidas entre 3 e 5 anos internadas que aceitassem participar foram seleccionados e incluídos na amostra.

Assim, participaram na presente investigação 120 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade.

## 1.2- Material

Fortin (1999, p.202) refere que a colheita de dados é um “processo de observação de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Existem vários métodos de colheita de dados à disposição dos investigadores. No estudo em questão foi efectuada uma observação indirecta através da aplicação de um questionário. O inquérito por questionário “é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p. 249). É composto por um conjunto de questões, apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, situações vivenciadas e outros. Deve ser limitado em extensão e finalidade, não devendo o seu preenchimento ultrapassar os trinta minutos.

São vantagens deste método de colheita de dados a possibilidade de aplicar a um grande número de pessoas, mesmo que sejam dispersas, porque pode ser enviado por correio, com um menor custo com pessoal, já que não exige a presença do investigador; garante o anonimato; permite que as pessoas respondam no momento em que mais julgarem conveniente, não expondo o investigador às influências das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado; e permite quantificar uma grande variedade de dados e, por conseguinte, numerosas análises.

Optámos pelo questionário uma vez que economiza tempo e recursos humanos, os pais têm uma maior liberdade nas respostas, possibilitando assim a obtenção de respostas fidedignas. Ao efectuarmos as perguntas, tivemos o cuidado de torná-las o mais simples e objectivas possível, facilitando o seu entendimento e evitando dispersão de ideias por parte dos inquiridos.

Realizou-se um pré-teste, no serviço de Pediatria de um outro hospital e num jardim-de-infância do Grande Porto, que apresentava as mesmas características da amostra que pretendíamos estudar e assim testar o questionário.

Pretendíamos analisar se as perguntas eram facilmente compreendidas e aplicadas à amostra em estudo.

O questionário contemplava um conjunto de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e número de filhos) e o Questionário de Resiliência, *Stress*, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993). Este questionário permite avaliar o Perfil de Resiliência Familiar (PRF), ou seja, a forma como a família responde a situações de *stress* e de crise. Contempla 5 escalas, contudo como podem ser usadas isoladamente, neste trabalho apenas utilizamos 4 (Anexo I): *Coerência Familiar*, *Flexibilidade Familiar*, *Envolvimento Familiar* e *Suporte Social*, tendo este instrumento sido traduzido e validado pela co-orientadora deste estudo.

A Coerência Familiar é uma escala com quatro questões que através de uma escala de medida tipo *likert* (discordo totalmente (0), discordo (1), não concordo nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4)) avalia habilidades da família para lidar com eventos e mudanças. A pontuação final desta escala pode variar entre 0 e 16, sendo os valores mais elevados indicativos de uma melhor coesão familiar.

A escala da Flexibilidade Familiar é constituída por 7 itens que, através de uma escala de medida tipo *likert* (quase nunca (1), uma vez por outra (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5)), avalia a participação dos elementos nas decisões familiares, incluindo as crianças, a forma de lidar com os problemas e a partilha de responsabilidades. A pontuação final da escala varia entre 0 e 35 pontos, sendo que todos os itens foram invertidos para que pontuações mais elevadas fossem indicativas de uma maior flexibilidade familiar.

A escala do Envolvimento Familiar é constituída por 7 itens relativos ao relacionamento e proximidade entre os elementos da família e suas implicações no bem-estar geral. A escala de medida das questões varia entre quase nunca (1), uma vez por outra (2), algumas vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5). A pontuação obtida varia entre 0 e 35 pontos. Os valores mais elevados são indicativos de um melhor envolvimento familiar.

A escala do Suporte Social integra 17 itens e visa perceber de que forma a família se sente parte integrante na comunidade, a vê como um recurso e como sente o apoio emocional e suporte dos amigos e familiares. O *suporte social da*

*família* é avaliado numa escala ordinal que varia desde discordo totalmente (0), discordo (1), não concordo nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Contudo seis dos itens: 7, 9, 10, 13, 14 e 17, foram invertidos para que maior pontuação correspondesse a maior suporte. A escala total varia entre 0 a 68 pontos.

A determinação do perfil de resiliência é realizada qualitativamente com as pontuações finais de cada escala, como se pode ver na tabela 1.

**TABELA 1 – Perfil de Resiliência Familiar: distribuição da pontuação das escalas pelos diferentes níveis**

	Baixo	Médio	Alto	Classificação familiar
<b>Coerência familiar</b>	0 – 11	12 – 14	15 - 16	B. ; M. ; A.
<b>Flexibilidade familiar</b>	0 – 21	22 – 26	27 – 35	B. ; M. ; A.
<b>Envolvimento familiar</b>	0 – 28	29 – 33	34 – 35	B. ; M. ; A.
<b>Suporte social familiar</b>	0 – 53	54 – 63	64 - 68	B. ; M. ; A.

Ao analisarmos os valores da tabela 2 verificamos que Flexibilidade Familiar, o Envolvimento Familiar, e o Suporte Social da Família apresentam um valor de consistência interna considerado bom, enquanto a Coerência Familiar apresenta um valor um pouco inferior ao considerado aceitável. Este resultado pode estar relacionado com o facto de esta escala ser constituída apenas por quatro itens. Na escala da Coerência o valor da consistência interna aumentaria para 0,49 se fosse eliminada a questão “tendo fé em Deus”, contudo considerámos que o ganho não é substancial para a decisão de eliminar um item e não seguir as orientações dos autores.

**TABELA 2 – Perfil de Resiliência Familiar: valores de coeficiente Alfa de Cronbach**

	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Coerência Familiar</b>	0,45
<b>Flexibilidade Familiar</b>	0,71
<b>Envolvimento Familiar</b>	0,78
<b>Suporte Familiar</b>	0,75

### **1.3-Procedimento**

A investigação decorreu entre Outubro de 2010 e Outubro de 2011. Dado o parecer favorável para a colheita de dados a nível hospitalar ter sido obtido tardiamente, o processo de recolha de dados foi efectuado numa primeira fase no jardim-de-infância. Deste modo, a recolha de dados no hospital só ocorreu dois meses após se ter iniciado a recolha a nível do jardim-de-infância.

Foi solicitado aos pais das crianças que preenchessem o questionário de recolha de dados. Contudo, alguns dos pais não sentiram autonomia suficiente para preencher individualmente os questionários que lhes foram entregues, pelo que em alguns casos os itens de cada instrumento foram lidos em voz alta, sendo o posterior preenchimento da resposta por eles efectuado. De salientar que a adesão e colaboração dos pais foram muito boas, tendo sido determinantes para a realização deste estudo. O investigador assegurou estar presente na sala enquanto os pais preenchiam o instrumento de recolha de informação, esclarecendo dúvidas ou conceitos quando solicitado. A postura do investigador quanto ao preenchimento dos questionários foi semelhante nos dois locais de recrutamento da amostra.

## 1.4-Análise e Tratamento dos Dados

Recorreu-se à versão 19.00 do SPSS, um programa estatístico específico para Ciências Sociais, para análise dos dados. Efectuou-se uma análise exploratória dos dados recorrendo a medidas de tendência central e dispersão. Na aplicação de testes de hipóteses foi avaliada a normalidade das distribuições com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks. Dado ter-se observado os pressupostos necessários foi utilizada estatística paramétrica.

A comparação entre grupos, relativamente ao sexo e ao estado civil, foi efectuada através do teste Qui-quadrado.

Recorreu-se à correlação de Pearson, para avaliar a força de associação entre variáveis contínuas. Utilizamos os critérios seguidos por Martins (2006) quanto à leitura dos valores de  $r$  (correlações fracas  $r \leq 0,2$ ; correlações moderadas  $0,2 < r \leq 0,4$ ; correlações fortes  $0,4 < r \leq 0,6$  e muito fortes superiores a 0,6). Os resultados das correlações são apresentados com recurso aos valores de  $r$  seguidos do valor de  $n$  (n.º de observações sobre as quais o valor da correlação foi calculado) e o valor da probabilidade associada (valor de  $p$ ).

Na análise das diferenças de médias entre duas variáveis contínuas independentes recorreremos ao teste  $t$  de Student. Os dados do teste  $t$  são apresentados precedidos dos graus de liberdade e acompanhados do valor de prova (valor de  $p$ ) e efectuada a sua leitura de acordo com os resultados do teste de Levene. Na análise das diferenças de médias entre três ou mais variáveis contínuas independentes recorreremos à ANOVA (F). Quando os valores de F são significativos procuramos localizar as diferenças de médias recorrendo aos testes *Post hoc* Grabiél. A apresentação dos resultados da ANOVA são acompanhados dos graus de liberdade entre parêntesis e do valor de prova (valor de  $p$ ).

A fidelidade das subescalas foi efectuada com recurso ao coeficiente *alfa de Cronbach*, que fornece a medida de consistência interna da escala e é obtida com base na média das intercorrelações entre todos os itens da escala. Pestana e Gageiro (2008) definem consistência interna como a proporção da variabilidade nas

respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, sendo o alpha de *Cronbach* a medida mais utilizada para a verificação da mesma. Segundo o mesmo autor, os valores do *alpha de Cronbach* variam entre 0 e 1. Para existir uma boa consistência interna o valor de alfa deve ser superior a 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Ribeiro, 2010).

## **1.5-Considerações Éticas**

O investigador tem obrigações e responsabilidades morais e éticas com a sociedade, a comunidade científica e todos os participantes nos projectos de investigação, sendo fundamental que tome todas as providências necessárias, de forma a proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam na investigação.

Os participantes do estudo, enquanto pessoas autónomas, foram convidados a participar, decidindo voluntariamente. A garantia do anonimato e a confidencialidade das respostas foi assegurada. A confidencialidade é tanto um direito do utente como uma obrigação do profissional de saúde, conforme citada no nosso código deontológico, artigo 86º, sendo dever do investigador respeitar e salvaguardar sempre a privacidade e intimidade da pessoa.

Segundo Fortin (1999, p. 113) “Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas.” Foi assegurado aos pais que as informações recolhidas e utilizadas no estudo eram totalmente confidenciais, preservando a sua privacidade, bem como o facto de a participação ser voluntária.

O estudo teve a anuência e o parecer favorável do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da instituição hospitalar e da Administração dos Infantários (Anexo II).

## **2- RESULTADOS**

### **2.1- Caracterização Da Amostra**

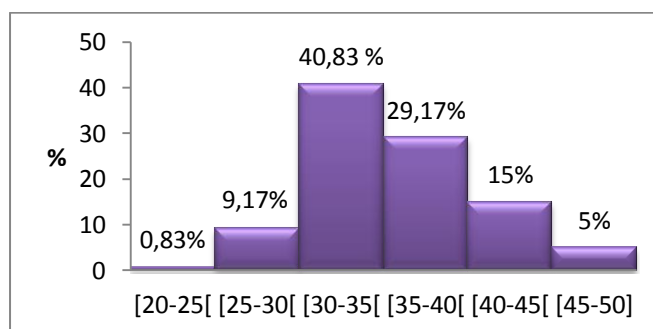
Foi recolhida informação de 120 participantes. Efectuou-se uma análise exploratória entre grupos (pais de crianças com doença versus pais de crianças sem doença), não se tendo encontrado diferenças estatísticas quanto às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e profissão). Daí, os resultados da análise das relações entre a resiliência e as variáveis sócio-demográficas serem apresentados em conjunto.

Na análise do perfil de resiliência entre pais com filhos com doença e pais com filhos sem doença foram considerados três grupos, os pais de crianças sem doença (considerados saudáveis), os pais de crianças com doença crónica e pais de crianças com doença aguda. Dado no grupo dos pais com filhos saudáveis (recrutados através dos infantários), existir 4 pais que referiam que um dos filhos possuía problemas de saúde, foram eliminados. Sendo que 56 (48,3%) são pais de crianças sem doença, 23 (19,8%) são pais de crianças com doença crónica, e 37 (31,8%) são pais de crianças com doença aguda.

Os participantes são pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 32 (27%) do sexo masculino e 88 (73%) do sexo feminino.

A idade dos participantes no estudo variou entre os 23 (ponto mínimo) e os 49 anos (ponto máximo), sendo a idade média de 34,9 anos (DP= 5,1), e a mediana 34,0. Registou-se uma grande dispersão das idades, uma vez que em média se afastaram em 5,1 (DP) da idade média. Conforme indicado no gráfico 1.

**GRÁFICO 1- Distribuição percentual da idade dos participantes**



Relativamente ao estado civil constatamos que 82,5% (99) dos participantes são casados, 10,0% (12) divorciados, 5,0% (6) solteiros e 2,5% (3) viúvos.

No que concerne à situação laboral, é possível verificar que na maioria (86,7%) da amostra analisada a população é profissionalmente activa, existindo 13,3% que não desempenham qualquer actividade profissional (desempregados e estudantes). Podemos ainda verificar que existe um leque muito variado de categorias profissionais, destacando-se a dos Professores (10,8%), dos Especialistas em Finanças e Contabilidade (8,3%), e a dos Trabalhadores de Serviços Pessoais (7,5%), conforme podemos verificar na tabela seguinte:

**Tabela 3 – Distribuição das Categorias Profissionais<sup>1</sup>**

<b>Profissão</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Percentagem</b>
Administrativos e Secretários Especializados	6	5,0 %
Arquitectos, Urbanistas, Agrimensores e Designers	1	0,8 %
Artistas Criativos e das Artes do Espectáculo	1	0,8 %
Autores, Jornalistas e Linguistas	1	0,8 %
Auxiliares de Educadores de Infância e de Professores	4	3,3 %
Desempregado	15	12,5 %
Especialista em Ciências Sociais e Religiosas	4	3,3 %
Especialista em Serviços Jurídicos, Sociais e Religiosos	5	4,2 %
Especialista em Vendas, Marketing e Relações Públicas	2	1,7 %
Especialistas de Engenharia	1	0,8 %
Especialistas em Finanças e Contabilidade	9	7,5 %
Especialistas em Tecnologias de Informação e Comunicação	1	0,8 %
Estudante	1	0,8 %
Mecânicos e Reparadores de Maquinas e Veículos	1	0,8 %
Médicos	2	1,7 %
Operador de Instalações Fixas e Máquinas	3	2,5 %
Outros Profissionais de Saúde	2	1,7 %
Professores	13	10,8 %
Profissionais de Enfermagem	4	3,3 %
Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Directores e Gestores Executivos	4	3,3 %
Técnico das Ciências Físicas e de Engenharia	2	1,7 %
Técnicos de Nível Intermédio das Actividades Culturais, Artísticas e Culinárias	1	0,8 %
Técnicos de Nível Intermédio das Áreas Financeiras, Administrativas e de Negócios	4	3,3 %
Técnicos Especializados em Assuntos Jurídicos, Sociais e Religiosos	3	2,5 %

<sup>1</sup> As categorias profissionais foram agrupadas consoante a tabela de categorias profissionais do INE disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

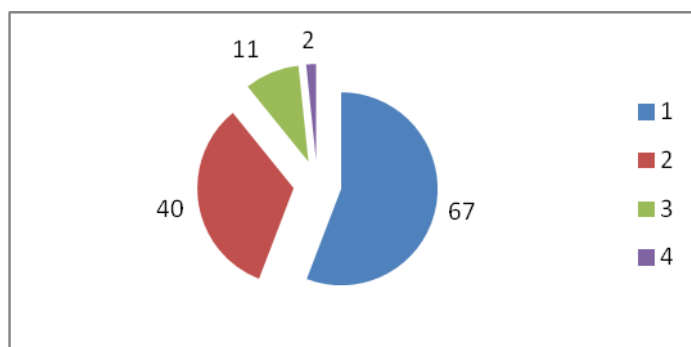
**Tabela 3 – Distribuição das Categorias Profissionais (cont.)**

Profissão	Frequência absoluta	Porcentagem
Trabalhador da Confecção, do Vestuário, Curtidores de Peles, Sapateiros e Similares	1	0,8 %
Trabalhador não Qualificado	2	1,7 %
Trabalhadores de Cuidados Pessoais nos Serviços de Saúde	5	4,2 %
Trabalhadores de Limpeza	6	5,0 %
Trabalhadores dos Serviços Pessoais	9	7,5 %
Vendedores	7	5,8 %
Total	120	100,0 %

Quanto aos anos de escolaridade, podemos verificar que, na amostra em estudo, os valores variam entre os 19 e os 4 anos ( $A= 15$ ), a média é de 12,6 anos ( $DP=3,97$ ), sendo o valor da mediana de 12 anos, registando-se uma grande dispersão dos anos de escolaridade, uma vez que estes se afastaram 3,9 anos em torno da média.

Relativamente ao número de filhos, podemos verificar no gráfico 2 a sua distribuição pela amostra.

**GRÁFICO 2- Distribuição da Frequência por Número de Filhos**



A média do número de filhos foi de 1,5 (DP= 0,73), sendo a mediana 1, o valor máximo 4 e o valor mínimo 1 (A=3), registando-se uma pequena dispersão do número de filhos.

## 2.2-Dados Relativos às Variáveis Principais em Estudo

Dando resposta ao objectivo do trabalho, que procurava analisar a resiliência em função das variáveis sociodemográficas, comparámos as médias dos dois grupos em função do sexo, verificando-se que existem apenas diferenças estatísticas entre os dois grupos estudados a nível da Coerência Familiar (tabela 4). Apurámos que as mães apresentam (M=12,78; DP=1,74) maior Coerência Familiar que os pais (M=11,88; DP=2,06), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $t(118)=2,403$ ;  $p=0,018$ ).

**TABELA 4 – PRF: Médias, desvio padrão, valores do teste t e p entre pais e mães das crianças**

	<b>Pais (n = 32)</b>	<b>Mães (n = 88)</b>		
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Coerência Familiar</b>	11,9 (2,06)	12,8 (1,74)	2,403	0,018
<b>Flexibilidade Familiar</b>	23,5 (3,86)	25,2 (4,93)	1,812	0,073
<b>Envolvimento Familiar</b>	30,8 (3,21)	31,7 (4,48)	1,055	0,293
<b>Suporte Social da Família</b>	48,2 (7,41)	50,2 (7,67)	1,291	0,195

Utilizamos a ANOVA para analisar as diferenças no PRF segundo o estado civil. Assim, obtivemos os resultados apresentados na tabela 5.

**TABELA 5- PRF: Médias, desvio padrão, valores de *F* e *p* entre os diferentes estados civis dos pais das crianças**

	<b>Casados (n = 99)</b>	<b>Solteiros (n = 6)</b>	<b>Divorciados (n = 12)</b>	<b>Viúvos (n = 3)</b>		
	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Coerência Familiar</b>	12,5 (1,93)	13,0 (2,00)	12,4 (1,24)	14,0 (1,00)	0,773	0,511
<b>Flexibilidade Familiar</b>	24,9 (4,47)	24,0 (8,22)	24,3 (4,45)	24,7 (4,72)	0,111	0,954
<b>Envolvimento Familiar</b>	31,9 (3,22)	29,0 (9,92)	28,1 (5,52)	32,3 (4,62)	4,146	0,008
<b>Suporte Social da Família</b>	50,2 (7,55)	46,7 (11,72)	48,2 (5,81)	44,3 (6,51)	1,095	0,354

Podemos verificar que o Envolvimento Familiar apresenta diferença estatísticas quanto ao estado civil ( $F(3, 116)=4,15$ ;  $p= 0,008$ ).

Após procedermos à localização das diferenças constatamos que as diferenças são significativas entre casados ( $M=31,9$ ;  $DP=3,22$ ) Vs divorciados ( $M=28,1$ ;  $DP= 5,52$ ).

Utilizando ainda o mesmo teste estatístico, procedemos à verificação da existência de diferenças nas diferentes escalas em estudo, atendendo à profissão. Assim, podemos constatar que existem diferenças estatísticas a nível do Suporte Social da Família ( $F(2,117)=5,80$ ;  $p=0,004$ ), apresentado maior Suporte Social os pais com profissões mais diferenciadas (tabela 6).

**TABELA 6- Comparação de Médias dos diferentes itens atendendo à profissão**

	Habilitações Superiores (n = 45)	Formação Técnica (n = 31)	Indiferenciados (n = 44)	F	p
	Médias (DP)	Médias (DP)	Médias (DP)		
<b>Coerência Familiar</b>	1,8 (0,65)	1,8 (0,52)	2,0 (0,75)	1,514	0,224
<b>Flexibilidade Familiar</b>	2,2 (0,80)	2,0 (0,71)	2,3 (0,79)	1,075	0,345
<b>Envolvimento Familiar</b>	2,3 (0,67)	2,1 (0,75)	2,0 (0,86)	1,746	0,179
<b>Suporte Social da Família</b>	1,5 (0,69)	1,2 (0,40)	1,1 (0,35)	5,804	0,004

Para melhor analisarmos as diferenças existentes, agrupámos as diferentes categorias profissionais, tendo em conta o grau de diferenciação relativamente à formação (Licenciados ou com Habilitações Superiores, com Formação Técnica e Indiferenciados<sup>2</sup>). Após procedermos à localização das diferenças constatamos que estas são significativas entre Licenciados ou com Habilitações Superiores Vs Indiferenciados e Licenciados ou com Habilitações Superiores Vs com Formação Técnica.

Analisamos a correlação entre a idade e as diferentes escalas (Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar, e Suporte Social da Família). Assim relativamente à idade não foram identificadas diferenças estatísticas em nenhum dos parâmetros estudados. Verificamos ainda a correlação entre as escalas do PRF com a escolaridade, o número de filhos e os diferentes itens em estudo, estando os resultados na tabela 7.

<sup>2</sup> Pessoas sem formação específica

**TABELA 7- Correlação entre PRF e a idade, escolaridade e número de filhos**

	Idade <i>r</i>	Escolaridade <i>r</i>	Número de filhos <i>R</i>
<b>Coerência Familiar</b>	0,027	-0,270**	-0,017
<b>Flexibilidade Familiar</b>	-0,033	-0,016	-0,249**
<b>Envolvimento Familiar</b>	0,063	0,252**	-0,076
<b>Suporte Social da Família</b>	0,040	0,321**	-0,042

\*\*p<0,01

A escolaridade mostra ter uma correlação negativa e muito significativa, com a Coerência Familiar, uma correlação positiva e estatisticamente muito significativa com o Envolvimento Familiar e com o Suporte Social.

Da correlação do PRF com o número de filhos verificamos que quanto mais filhos menos Flexibilidade Familiar.

Aplicando os critérios propostos pelos autores para a classificação do PRF discriminado por cada escala obtivemos os dados que constam na tabela 8. Podemos verificar algumas diferenças no PRF dos pais em estudo.

É visível que a maioria dos pais de crianças com doença crônica apresenta uma alta Flexibilidade Familiar, uma razoável Coerência e Envolvimento Familiar, mas um baixo Suporte Social.

Relativamente aos pais de crianças com doença aguda, a sua maioria apresenta uma alta Flexibilidade Familiar, uma razoável Coerência Familiar, mas um baixo Envolvimento e Suporte Social.

Relativamente aos pais de crianças sem doença é visível que a maioria apresenta uma alta Flexibilidade Familiar e Envolvimento Familiar, uma razoável Coerência Familiar e um baixo Suporte Social.

**TABELA 8- Classificação do Perfil de Resiliência Familiar dos pais em estudo (n=116), distribuição absoluta e percentual**

		Sem doença		Doença crónica		Doença aguda	
		n	%	n	%	n	%
<b>Coerência Familiar</b>	<b>BAIXA (0-11)</b>	22	39,3%	2	8,7%	7	18,9%
	<b>MEDIA (12-14)</b>	27	48,2%	17	73,9%	21	56,8%
	<b>ALTA (15-16)</b>	7	12,5%	4	17,4%	9	24,3%
<b>Flexibilidade Familiar</b>	<b>BAIXA (0-21)</b>	11	19,6%	6	26,1%	10	27,0%
	<b>MÉDIA (22-26)</b>	22	39,3%	7	30,4%	13	35,1%
	<b>ALTA (27-35)</b>	23	41,1%	10	43,5%	14	37,8%
<b>Envolvimento Familiar</b>	<b>BAIXO (0-28)</b>	7	12,5%	6	26,1%	14	37,8%
	<b>MÉDIO (29-33)</b>	21	37,5%	10	43,5%	11	29,7%
	<b>ALTO (34-35)</b>	28	50,0%	7	30,4%	12	32,4%
<b>Suporte Social da Família</b>	<b>BAIXO (0-53)</b>	40	71,4%	19	82,6%	29	78,4%
	<b>MÉDIO (54-63)</b>	12	21,4%	3	13,0	8	21,6%
	<b>ALTO (64-68)</b>	4	7,1%	1	4,3%	0	0,0%

## 2.3- Dados Relativos à Comparação de Pais de Crianças com e sem Doença

Dando resposta a um dos objectivos do estudo, comparámos as pontuações obtidas nas escalas que integram o PRF entre os pais de crianças com doença crónica, com doença aguda e os pais de crianças saudáveis.

TABELA 9 - PRF: Médias, desvio padrão, valores da Anova e  $p$  entre pais de crianças sem doença, com doença crónica e com doença aguda

	Sem doença ( $n=56$ )	Doença crónica ( $n=23$ )	Doença aguda ( $n=37$ )		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	$F$	$p$
<b>Coerência Familiar</b>	11,89 (1,93)	13,09 (1,64)	13,13 (1,60)	6,861	0,002
<b>Flexibilidade Familiar</b>	25,09 (4,79)	24,56 (5,24)	24,30 (4,56)	0,319	0,727
<b>Envolvimento Familiar</b>	32,36 (3,22)	30,83 (5,73)	30,43 (4,40)	2,651	0,075
<b>Suporte Social da Família</b>	50,79 (8,07)	48,91 (7,21)	48,57 (7,13)	1,101	0,336

Da análise da tabela apresentada podemos inferir que existem diferenças estatísticas entre os grupos estudados, a nível da Coerência Familiar ( $p=0,002$ ) apresentando os pais das crianças com doença aguda uma maior Coerência Familiar.

Procedemos à comparação à *posteriori* entre pares de médias, realizadas recorrendo ao teste de *post hoc Gabriel*, uma vez que os grupos são de dimensão ligeiramente diferente, que revelaram que relativamente há Coerência Familiar, quando comparados os pais de crianças sem doença Vs pais de crianças com doença aguda, estes últimos revelaram ser mais coerentes ( $p= 0,004$ ).

Relativamente há comparação dos outros grupos verificamos que não existe significância estatística.

### 3-DISSCUSSÃO

Reflectindo acerca dos resultados obtidos é possível verificar que as mães mostram ter uma maior Coerência Familiar que os pais. Ou seja, as mães tendem a ter um comportamento de maior aceitação face a situações inesperadas e que fogem ao seu controlo. Segundo Melilo *et al.* (2005, p.16) na resolução de conflitos, quer as mulheres quer os homens apresentam a “mesma frequência de condutas resilientes, mas as meninas tendem a possuir habilidades interpessoais e força interna e os meninos, a serem mais pragmáticos”.

O Envolvimento Familiar mostrou ser diferente segundo o estado civil dos pais. Assim verificou-se diferenças estatísticas sobretudo entre os pais casados e divorciados, em que estes últimos mostram menor envolvimento quando comparados com os primeiros. Os pais viúvos apresentam médias de valores relativos ao Envolvimento mais elevados, o facto de não se ter localizado diferenças significativas advém do número de participantes com este estado civil ser muito reduzido (3). O casamento assume um papel fundamental promovendo maior Envolvimento Familiar, enquanto que o divórcio acarreta divisão e afastamento dos elementos da família. Relativamente à idade não foram identificadas correlações estatísticas em nenhum dos parâmetros estudados, uma vez que “A resiliência é considerada como uma trajectória construída gradativamente, a partir de uma sequência de processos proximais desde o início da vida” (Silva, 2009, p. 92). A resiliência não se desenvolve numa faixa etária específica, é um processo contínuo que resulta da interacção do indivíduo com o meio que o rodeia e de todo o processo desenvolvimental do indivíduo (Yunes, 2003).

A escolaridade correlacionou-se negativamente com a Coerência Familiar, ou seja, quanto maior a escolaridade dos pais menor a coerência familiar. Esta

relação pode ser justificada pelo facto de pessoas com maior escolaridade terem mais capacidade de questionar e contestar as situações da vida. Por outras palavras, é esperado que pessoas mais escolarizadas apresentem uma postura de menor aceitação e maior confrontação.

Por outro lado, a escolaridade associa-se de forma positiva ao Envolvimento Familiar e ao Suporte Social da Família, mostrando que pessoas com maior escolaridade valorizam e reconhecem o suporte social e o papel da família na construção de relações saudáveis e no bem-estar dos seus elementos Segundo Serra (cit. por Lopes. 2007, p. 33) “os indivíduos com baixas qualificações académicas estarão mais vulneráveis a situações *stressantes*” e sendo estes dois domínios muito importantes no desenvolvimento da resiliência, os indivíduos serão menos capazes de gerir os factores *stressores*. Encontramos ainda uma correlação entre o número de filhos e a Flexibilidade Familiar. As famílias com maior número de filhos apresentam menos Flexibilidade Familiar. Empiricamente podemos verificar que, no nosso dia-a-dia, quanto maiores são as famílias, a necessidade de existir regras mais rígidas e menos flexíveis é maior, de forma a manter a ordem, promovendo o bom funcionamento familiar. Numa família numerosa, onde haja muita Flexibilidade, haverá menos organização e mais confusão. As tarefas familiares ficarão por cumprir e a família não será capaz de funcionar como um todo.

Pela aplicação dos critérios dos autores para classificar as famílias de baixo, médio ou alto perfil de resiliência tendo em conta as pontuações de cada escala, concluímos que a amostra estudada apresenta, de um modo geral, valores indicativos de moderada Coerência, de alta Flexibilidade, de baixo a moderado Envolvimento e de baixo Suporte Social.

A nível da Saúde Infantil é necessário pôr em prática medidas que fundamentem e desenvolvam a Coerência Familiar, quer nos pais de crianças com doença (crónica/aguda) quer a nível dos pais de crianças sem doença. No sentido de tornar as famílias mais resilientes deve-se proporcionar às crianças um ambiente propício ao seu desenvolvimento, implicando-as nas decisões familiares promovendo a sua autonomia e capacidade de decisão no sentido de se tornarem futuros adultos resilientes (McCubbin, 1998). Os resultados encontrados mostram que os pais de crianças com doença crónica mostram ser mais coerentes, que os pais de crianças sem doença ou com doença aguda. Dado o item da Coerência ser avaliado através de questões relacionadas com as crenças da família e segundo

King *et al* (2010, cit. por Charepe, 2011), “num estudo realizado com 16 famílias de crianças com os diagnósticos de Autismo e Síndrome de Dawn, e no que diz respeito ao sistema de crenças da família, concluíram que as famílias são otimistas perante a satisfação das necessidades da criança com doença crónica, detêm um propósito para a vida, esperança e sentido de controle perante a adversidade.”

Por sua vez a Flexibilidade Familiar, é outro factor importante nas famílias. Os resultados encontrados mostram que nos três grupos analisados existe uma alta Flexibilidade Familiar. As famílias necessitam de se reorganizar face à adaptação da vivência do cuidar da criança quer esta esteja ou não doente, uma vez que ao longo da educação e do desenvolvimento da criança há “necessidade dos membros de uma família serem flexíveis, ou seja, de poderem introduzir flexibilidade em suas relações” para que consigam superar as adversidades que lhes vão surgindo ao longo da vida (Melillo *et al.*, 2005, p. 82). É pois importante ensinar os pais a serem flexíveis, já que este factor mostra ser um requisito fundamental para uma boa adaptação e uma atitude mais positiva face à adversidade.

Relativamente ao Envolvimento Familiar apresenta-se mais elevado a nível dos pais com filhos saudáveis devido a estas famílias, na sua maioria, não enfrentarem a situação de crise gerada por ter o filho com doença, não necessitando de se reorganizar, mantendo a sua estrutura relacional e funcional. Este aspecto reflecte a tendência natural das famílias de se apoiarem entre si, a fim de resolver os problemas, tendo por base uma boa comunicação e relação de entreajuda, sendo muito benéfico na construção da resiliência. Contudo quando surge uma adversidade, estas necessitam de realizar um esforço extra no sentido de manterem um alto nível de Envolvimento Familiar. Na doença crónica, Vermaes *et al*, (2005, cit. por Charepe, 2011) salienta a importância da presença de um clima familiar de apoio, e da qualidade da relação no subsistema, e Pelaez-Ballestas *et al* e Gomes (2006, cit. por Charepe, 2011) referem que a coesão Familiar e o apoio dos membros da família são de igual modo importantes. Assim, os enfermeiros deverão ajudar os pais a implementar acções que aumentem o maior envolvimento de toda a família, para conseguirem relações mais saudáveis.

Relativamente ao Suporte Social da família podemos também verificar que os participantes referem ter um baixo suporte, quer os pais com filhos com doença crónica e aguda, quer os pais de filhos sem doença. Sendo este, segundo McCubbin e McCubbin (1993), uma das bases fundamentais para o desenvolvimento da resiliência e uma das características das famílias para o

desenvolvimento de um conjunto de valores sociais, é importante trabalhar com as famílias o fortalecimento de laços familiares conducentes a relações mais fortes e facilitadoras de interajuda. Segundo Oliveira (2010, p. 29) “As pessoas que desenvolvem a sua área sócio-emocional têm mais hipóteses de obter ajuda nos tempos difíceis” e assim ultrapassar os desafios com que se deparam ao longo da sua vida. Segundo Anaut (2005, p. 124), o suporte social é considerado um “elemento de êxito e de superação da adversidade”.

Reflectindo acerca dos resultados obtidos é possível constatar que existem diferenças estatísticas entre os grupos estudados, a nível da Coerência Familiar. Os pais de crianças com doença mostram ter maior Coerência Familiar, uma vez que para ultrapassar a adversidade de ter um filho doente a família “necessita de um conjunto de crenças e narrativas partilhadas, que fomentem sentimentos de coerência, colaboração, eficácia e confiança, é essencial para a superação e o domínio dos problemas” (Melillo *et al.*, 2005, p. 76).

O facto de nesta investigação não existir relação significativa entre ter filhos com doença crónica e os itens em estudo (Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar, e Suporte Social da Família) poderá estar relacionado com baixo valor de  $n$  para este grupo. Segundo Manciaux e colaboradores (cit. por Anaut, 2005, p. 60), “A resiliência jamais é absoluta, total, adquirida de uma só vez, mas sim variável consoante as circunstâncias, a natureza dos traumatismos, os contextos e as fases da vida; pode exprimir-se de formas muito variadas consoante as diferentes culturas”. Deste modo seria de esperar que os pais de crianças com doença crónica, apresentassem uma maior coerência do que os pais de filhos com doença aguda.

### **Limitações do estudo**

O facto de termos estudado o perfil familiar apenas num momento do ciclo familiar, não é de todo suficiente para tirarmos conclusões gerais. A resiliência deve ser vista como um processo mais do que um traço. O perfil de resiliência dos pais segue uma evolução própria e sofrerá a influência de um conjunto alargado de

aspectos, pelo que serão necessários estudos longitudinais para conclusões mais válidas. Mas, como refere Yunes (2003), o estudo da resiliência nas famílias ainda se encontra numa fase embrionária. Por outro lado, dado que na nossa amostra todos os participantes eram pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos, será desejável que haja outros estudos, abarcando pais com filhos de outras idades e que possam confirmar as nossas conclusões.

Outra limitação que encontrámos foi o facto de apenas um membro da família responder ao questionário, pelo que não pudemos avaliar o grau de concordância dos restantes elementos da família. Além do mais, um maior número de inquiridos permitiria uma percepção mais aprimorada e exacta do perfil de resiliência da família, em estudo.

Deste modo, podemos concluir que o presente estudo deveria ser replicado com uma amostra mais alargada e heterogénea, aplicando a recolha de dados durante um período mais alargado do ciclo familiar, para que os resultados assumissem valores estatisticamente mais significativos.



## 4-IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O papel do enfermeiro na área da Saúde Infantil e Pediatria assenta no cuidar da criança. Dado que a família é um pilar fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança, esta deve ser também um alvo de cuidados por parte dos enfermeiros pediátricos. Assim, devem pôr em prática as estratégias necessárias para que a família se envolva nos cuidados e se estabeleça uma relação de confiança entre estes e a família.

Tendo presente a diversidade e complexidade dos sentimentos da criança e da sua família, quando confrontados com uma situação de adversidade/*stress*, e reconhecendo que o *stress* é uma realidade presente na família quando há uma criança doente, é fundamental que os enfermeiros na área da Saúde Infantil e Pediatria estabeleçam precocemente estratégias no sentido de minimizar os efeitos adversos da doença sobre a criança e sua família.

Os enfermeiros na área da Saúde Infantil e Pediatria devem ter em consideração as capacidades da família mobilizando-as, de forma a torná-la mais resiliente. Para tal deve ajudar a família a encontrar as características existentes nelas próprias, fomentando a capacidade resiliente e promovendo o enfrentar de situações adversas (Anaut, 2005). Como consequência deste facto, estaremos também a fomentar a resiliência das crianças. “Assim, a construção da resiliência de uma criança se elabora como uma espécie de tecelagem que leva em conta todos os elementos: aqueles ligados ao seu desenvolvimento e os que vêm do contexto no qual está inserida, o tipo de síntese que ela faz entre os dois e o olhar dos outros em relação ao que ela vive” (Poletti & Dobbs, 2007, p. 48).

Os enfermeiros não devem só trabalhar os *deficits* da família, mas também as suas qualidades e capacidades, de forma a rentabilizar recursos existentes. É importante também trabalhar o conceito de resiliência a nível social através: da importância da promoção de comportamentos positivos, identificação de riscos, os recursos pessoais e familiares, factores culturais e sociais (Ahern *et al*, 2008).

Pesce *et al* (2005, p. 436), refere que “O contemporâneo movimento pela promoção da saúde tem revelado a resiliência como um conceito importante nessa área de conhecimento, especialmente no campo da criança e do adolescente.” O estudo da resiliência assume cada vez mais um papel fundamental para a população, uma vez que esta está exposta a um potencial de risco considerável. Pelo facto de não se centrar somente em aspectos patológicos do indivíduo, mas sim numa nova abordagem positiva, que inclui não só a família, mas também a comunidade, articulando as relações entre os contextos sociais, culturais, económicos e políticos, trazendo uma nova dimensão ao cuidar.

As intervenções a nível familiar passam por ajudar as famílias a desenvolver as suas características a nível da Coerência Familiar, Flexibilidade Familiar, Envolvimento Familiar e Suporte Social da família. Deste modo, observando os resultados obtidos no estudo podemos verificar que na sua maioria as famílias encontram-se num nível baixo de desenvolvimento destas características. Assim, é importante que os enfermeiros desenvolvam o cuidar de modo a permitir o desenvolvimento, o uso e fortalecimento de factores proactivos na superação da adversidade.

A nível familiar, os enfermeiros, em especial da área da Saúde Infantil e Pediatria, devem fomentar desde cedo, em cada elemento da família, comportamentos que os tornem mais capazes de enfrentar as adversidades da vida, por isso é importante que o enfermeiro se aproxime das famílias e as estimule a adoptar alguns comportamentos saudáveis. De acordo com Fiorentino (2008), Mccloskey, Bulechek e Butcher (2010) os enfermeiros devem facilitar a coesão da família, incentivando o desenvolvimento e a adesão às rotinas, em especial a realização de refeições em família e a participação nas tradições familiares. Orientar a família no sentido de Incentivar o envolvimento desta com as actividades escolares e religiosas dos filhos. A nível escolar, os familiares devem também ser orientados, no sentido de proporcionar uma atmosfera que leve à aprendizagem, encorajar o envolvimento das crianças nas actividades escolares, a motivar as crianças a alcançar objectivos e incentivar a valorizar as conquistas.

A nível social é importante que as famílias recebam orientação, no sentido de ficarem despertas para a importância de desenvolverem actividades de voluntariado, de desenvolver consciência social e global e de desenvolver o uso de recursos da comunidade. De igual forma é importante que as famílias sejam encorajadas no sentido de estabelecerem regras, bem como normas de

monitorização de amigos e actividades, a determinarem expectativas para o/s filho/s adequadas à idade, a ajudarem as crianças a adquirir habilidades de assertividade e de tomada de decisão. A nível do ambiente familiar é importante incentivar o optimismo, a criatividade, a comunicação, o aceitar os erros/falhas como parte essencial da aprendizagem, bem como a ver os obstáculos/adversidades como um desafio transitório a superar.

O conceito de saúde/doença é desde cedo ensinado à criança pela família, muito antes do contacto com a instituição escola. Por consequência, se o sistema de saúde não tiver em conta que é na família que a criança aprende a valorizar a saúde, vai estar a prejudicá-la, assim como a todo o sistema de saúde. Assim, uma maior valorização da saúde, deve ser também um foco importante a desenvolver na família no sentido a melhorar os resultados de saúde das crianças e dos restantes elementos dessa mesma família.

Segundo McCubbin e McCubbin (1993, p. 60) para além dos profissionais de saúde identificarem a resiliência familiar, devem também identificar as qualidades naturais que visam a saúde, de forma a serem compreendidas e consequentemente intervencionadas. Contudo, as estratégias por eles utilizadas deverão ser adaptadas à família e à situação em questão, uma vez que nem todas elas poderão funcionar ou serem apropriadas.

Deste modo, ao aplicarmos o conceito de resiliência familiar na prestação de cuidados a nível da Saúde Infantil e Pediátrica, estamos a promover o interesse e a atenção dos enfermeiros pelas famílias, no sentido de as orientar na identificação e valorização das suas potencialidades de modo a tornarem-se resilientes, e consequentemente promover o desenvolvimento dos factores de resiliência nas crianças.

Despertando o interesse dos enfermeiros por este conceito estamos a aumentar os conhecimentos acerca deste, e também a colaborar no avanço da prática da enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. Deste modo, teria todo o interesse que esta temática fizesse parte integrante dos conteúdos programáticos das licenciaturas em enfermagem, para que houvesse uma consciencialização deste tema e da sua aplicabilidade prática a nível profissional.

Será importante continuar a investigar nesta área e reflectir sobre as práticas de enfermagem que mais capacitem os pais numa atitude consertada e resiliente face á vida e à educação dos filhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Ahern, N., Ark, P., & Byers, J. (2008). Resilience and Coping Strategies In Adolescents. *Pediatric Nursing* 20 (10). ISSN: 0962-9513, p. 32-36.
- ❖ Anaut, M. (2005). *A Resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-143-6.
- ❖ Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.
- ❖ Black, K., & Lobo, M. (2008). A Conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing* 14(1), 33-55. ISSN: 1074-8407.
- ❖ Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino*. Porto: Livpsic. ISBN: 9789898148629.
- ❖ Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliência em niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo* 12(1), 81-86. ISSN: 1413-7372.
- ❖ Charepe, Z. B. (2011). O Impacto dos Grupos de Ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos Pais de Crianças com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- ❖ Coleman, J., & Hagell, A. (2007). *Adolescence, risk and resilience against the odds*. Oxford: John Wiley and Sans. ISBN: 978-0-470-02502-4.
- ❖ Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.
- ❖ Concelho Internacional De Enfermeiros (2005). *CIPE/ICNP: Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 1.0, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8.

- ❖ Conger, R. D., Lorenz, F. O., & Wickrama, K. (2004). *Continuity and change in family relations: theory, methods, and empirical findings*. London: copyright. ISBN: 1-4106-0987-1.
- ❖ Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliência en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica* 15(1), 95-114. ISSN:0121-4381.
- ❖ Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Loures: Lusodiciência. ISBN: 972-8383-10-X.
- ❖ Gameiro, Manuel (2004). “Estar doente”: atribuição pessoal de significações. *Revista Referencia*, 12, 35-43. ISSN: 0874.0283.
- ❖ Grotberg, E.H. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. *The International Resilience Project* ISSN: 1382-4813. Disponível em [www.resilnet.uiuc.edu](http://www.resilnet.uiuc.edu)
- ❖ Heru, A., & Drury, L. M. (2011). Developing family resilience in chronic psychiatric illnesses. *Medicine and Health*, 94(2), 45-46. ISSN: 1086-5462.
- ❖ Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. L. (2006). *Wong Fundamentos De Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). São Paulo: Mosby. ISBN: 85-352-1918-8.
- ❖ Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa das profissões de 2010*. Disponível no site do Instituto Nacional de Estatística: <http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf>
- ❖ Kail, A. (2003). *Family Resilience and good child outcomes: a review of the literature*. Centre of Social Research and Evaluation, Ministry of Social Development. ISBN: 0-478-25131-9.
- ❖ Lee, I., Kim, H. S., Park, Y. S., Song, M., & Park, Y.H. (2004). Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child. *Clinical Nursing*, 13 (5), 636-645. ISSN: 0962-1067.
- ❖ Lopes, A. F. (2007). Generalidades e singularidades da doença em família: percepção da qualidade de vida, stress e coping. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Coimbra.
- ❖ Lucas, M. F. (2004). Vivências parentais hospitalares em pediatria oncológica. *Revista Servir*, 52 (1), 19-23. ISSN: 0871-6196.
- ❖ Machado, A. P. (2010). Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível. *Psicologia*. Disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- ❖ Martins, M. M. (2003). A família um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais*, 50, 52-56. ISSN: 872-8844.

- ❖ Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Formação – Formação e Saúde Lda.
- ❖ McCloskey, J. D., Bulechek, G. M., & Butcher, H. K. (Eds.) (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3442-8.
- ❖ McCubbin, H. (1998). *Stress, coping and health in families: Sense of Coherence and Resiliency*. California: Sage Publications. ISBN: 0-7619-1396-3.
- ❖ McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.). *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). New York: Mosby.
- ❖ Melillo, A., & Ojeda, E. N. (2005). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed Editores. ISBN: 85-363-0522-3.
- ❖ Muir, K. (2006). *Family resilience where families have a child (0-8 years) with a disability*. Australia: Social Policy Research Centre. Disponível em [www.sprc.unsw.edu.au](http://www.sprc.unsw.edu.au)
- ❖ Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- ❖ Oliveira, A. (2010). *Resiliência para principiantes*. Lisboa: Edições Silabo. ISBN: 978-972-618-575-8.
- ❖ Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-19-3.
- ❖ Parot, F., & Doron, R. (coord.), (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-8449-70-4.
- ❖ Pereira, M. G., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua Família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9.
- ❖ Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2004). Risco e protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143. ISSN: 0102-3772.
- ❖ Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validação da Escala de Resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 436-448. ISSN: 0102-311X.

- ❖ Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5<sup>o</sup> ed.). Lisboa: Edições Silabo. ISBN: 978-972-618-498-0.
- ❖ Poletti, R., & Dobbs, B. (2007). *A Resiliência: a arte de dar a volta por cima* (2<sup>a</sup> ed.). Brasil: Editora Vozes. ISBN 978-85-326-3556-3.
- ❖ Relvas, A. P. (2004). *O Ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0413-2.
- ❖ Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3<sup>a</sup> ed.). Porto: Livpsic. ISBN: 9789898148469.
- ❖ Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal for family therapy*, 21 (2), 119-143. ISSN: 01634445.
- ❖ Sapienza, G., & Pedromonico, M.R. (2005). Risco protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216. ISSN: 1413-7372.
- ❖ Silva, A. F. (2006). Indicativos de resiliência na trajectória das famílias de crianças com necessidades especiais. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Vale do Itajai.
- ❖ Silva, M. R. S., Lacharité, C., Silva, P. A., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2009). Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto Contexto Enfermagem* 18 (1), 92-99. ISSN: 0104-0707.
- ❖ Vieira, M. S. (2002). *A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- ❖ Vinson, J. A. (2002). Children with asthma: initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*, 28 (2), 149-158. PMID: 11962182.
- ❖ Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35 (3), 261-281. ISSN: 0014-7370
- ❖ Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. London: The Guilford Press. ISBN: 1-57230-408-1.
- ❖ Wernet, M. (2005). Resiliência Familiar: A Importância do Conceito para a Enfermagem. *Revista Informar*, ano XI (35), 15 – 16.
- ❖ Wernet, M., & Margareth, Â. (2003). Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista Da Escola Enfermagem da Universidade São Paulo*, 37 (1), 19-25. ISSN: 0080-6234.
- ❖ Wright, L. M. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença: ideias para curar...* Coimbra: Ariadne Editora. ISBN: 972-8838-19-0.

- ❖ Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (esp.), 75-84. ISSN: 1413-7372.



## **ANEXOS**



## **Anexo I**

## Questionário

Caro Pai/ Mãe:

Pretendemos com este questionário recolher informações junto dos pais das Crianças internadas no serviço de Pediatria do CHVNG/E E.P.E. sobre a pesquisa: **Factores sociodemográficos que influenciam a capacidade dos pais, de crianças dos 3 aos 5 anos de idade, se adaptarem a situações adversas de saúde - estudo comparativo de crianças com e sem doença .**

Temos como objectivos deste estudo:

- ✓ Identificar os factores que influenciam a capacidade dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos sem problema de saúde associado se adaptarem a situações adversas de saúde;
- ✓ Identificar os factores que influenciam a capacidade dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos com problemas actuais de saúde se adaptarem a situações adversas de saúde;
- ✓ Comparar a capacidade de adaptação a situações adversas de saúde dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos sem doença com a dos pais de crianças internadas num serviço de pediatria;

Este questionário está dividido em duas partes. Na primeira parte pretendemos fazer uma caracterização da amostra; na segunda, avaliaremos a capacidade do pai/mãe se adaptarem a situações adversas de saúde.

O estudo integra-se no curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A vossa colaboração é fundamental na concretização deste trabalho, no entanto a sua participação no estudo é voluntária. Os dados recolhidos serão confidenciais e anónimos, pelo que **não** rubriquem ou assinem em nenhuma parte deste questionário.

Desde já agradecemos a vossa participação.

## 1ª Parte

Preencha o questionário, assinalando a(s) resposta(s) correcta(s):

**1. Local de realização do questionário:**

- Hospital;  
 Infantário.

**2. Sexo:**

- Feminino  
 Masculino

**3. Idade:** \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil:**

- Solteira(o)  
 Casada(o)/ União de facto  
 Divorciada(o)  
 Viúvo

**5. Profissão**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Quantos anos de escolaridade tem (anos completos com sucesso académico):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_**

**6. O(s) seu(s) filho(s) tem(têm) algum Problema de Saúde:**

Sim

Idade	Problema de saúde	Internamento	Motivo de internamento
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Não

## 2ª Parte

**Preencha o questionário, assinalando a resposta com um X:**

Coerência Familiar					
Indicações: Verifique qual o grau de concordância com as afirmações sobre a sua família. 0 = Discordo totalmente, 4 = Concordo totalmente.					
Nós lidamos com os problemas familiares:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Aceitando as situações stressantes como um acontecimento de vida.	0	1	2	3	4
2. Aceitando que as dificuldades acontecem quando menos se espera.	0	1	2	3	4
3. Encarando o problema familiar de uma forma mais positiva de modo a evitar o desânimo.	0	1	2	3	4
4. Tendo fé em Deus.	0	1	2	3	4
Pontuação Total					

Flexibilidade Familiar					
Indicações: Verifique com que frequência cada uma das afirmações ocorre na sua família. (5) Quase nunca, (4) Uma vez por outra, (3) Às vezes, (2) Frequentemente, (1) Quase sempre.					
Na sua família:	Quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Todos dizem o que querem.	5	4	3	2	1
2. Cada um participa nas grandes decisões da família.	5	4	3	2	1
3. As sugestões das crianças são tidas em conta na resolução de problemas.	5	4	3	2	1
4. As crianças têm algo a dizer quanto à sua disciplina/castigo.	5	4	3	2	1
5. A nossa família tenta novas maneiras de lidar com os problemas.	5	4	3	2	1
6. Quando os problemas surgem, todos se empenham em resolvê-los.	5	4	3	2	1
7. Nós alternamos a responsabilidade de pessoa a pessoa.	5	4	3	2	1
Pontuação Total					

Envolvimento Familiar					
Indicações: Verifique com que frequência cada uma das afirmações ocorre na sua família. (5) Quase nunca, (4) Uma vez por outra, (3) Algumas vezes, (2) Frequentemente, (1) Quase sempre. Por favor responda cada um e todas as questões.					
Na sua família:	Quase nunca	Uma vez por outra	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. É mais fácil discutir/conversar os problemas com as pessoas externas à família do que com os membros da família.	5	4	3	2	1
2. Todos se sentem mais próximos das pessoas de fora do que com os próprios familiares.	5	4	3	2	1
3. Cada um segue o seu caminho.	5	4	3	2	1
4. As pessoas dividem-se em vez de funcionar como um todo.	5	4	3	2	1
5. As pessoas evitam-se umas às outras em casa.	5	4	3	2	1
6. As pessoas têm dificuldade em pensar no que se deve fazer como família.	5	4	3	2	1
7. As pessoas seguem as decisões familiares.	5	4	3	2	1
Pontuação Total					

Suporte social da família					
Indicações: Indique qual o nível de concordância para cada uma das situações acerca da sua família/comunidade.					
	Discordo totalmente	Concordo totalmente	Sem opinião	Discordo	Concordo
1. Se eu tivesse uma emergência, mesmo as pessoas que eu não conheço nesta comunidade, estariam disponíveis para ajudar.	0	1	2	3	4
2. Eu sinto-me bem comigo próprio quando me sacrifico e dou tempo e energia à minha família.	0	1	2	3	4
3. As coisas que eu faço pelos meus familiares e o que eles fazem por mim, fazem-me sentir parte deste importante grupo.	0	1	2	3	4
4. As pessoas sabem que se tiverem problemas podem ter ajuda/apoio da comunidade.	0	1	2	3	4

5. Tenho amigos que me valorizam pelo o que eu sou e pelo que faço.	0	1	2	3	4
6. As pessoas podem apoiar-se umas às outras nesta comunidade.	0	1	2	3	4
7. Os membros da família raramente ouvem os meus problemas ou preocupações. Sinto-me frequentemente criticado.	0	1	2	3	4
8. Nesta comunidade, os meus amigos fazem parte das actividades do meu dia a dia.	0	1	2	3	4
9. Às vezes os membros da minha família fazem coisas que tornam os outros familiares infelizes.	0	1	2	3	4
10. Eu preciso de ser cuidadoso no que faço pelos meus amigos porque eles aproveitam-se de mim.	0	1	2	3	4
11. Viver nesta comunidade dá-me segurança.	0	1	2	3	4
12. Os membros da minha família fazem um esforço para me demonstrarem amor e afecto.	0	1	2	3	4
13. Há um sentimento nesta comunidade de que as pessoas não devem ser muito amigas umas com as outras.	0	1	2	3	4
14. Esta não é uma comunidade muito boa para nela crescerem as crianças.	0	1	2	3	4
15. Eu sinto-me segura, pois sou tão importante para os meus amigos como eles são para mim.	0	1	2	3	4
16. Eu tenho alguns amigos muito chegados à família que sei que se interessam e gostam de mim.	0	1	2	3	4
17. Eu sinto que os membros da minha família parecem não me entenderem.	0	1	2	3	4
Pontuação total					

**Gratos pela sua colaboração**



## **Anexo II**

**Parecer Do Conselho De Administração E Da Comissão De Ética Da  
Instituição Hospitalar E Da Administração Dos Infantários**

Exma. Sra. En<sup>h</sup>  
Sara Isabel De Almeida Santos

**Assunto:** Autorização de estudo/projecto de investigação

Em resposta ao vosso pedido de realização de estudo/projecto de investigação subordinado ao tema ” *Factores que influenciam a resiliência dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade - estudo comparativo de crianças com e sem doença grave*”, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEP, temos a informar que, conforme deliberação da Directora Dr. Sofia Santos, deste Centro infantil “Mãe Galinha”, de 2 de Fevereiro de 2011, está autorizado.

Aguardamos contacto a fim de planear o referido estudo de investigação.

Sem outro assunto de momento, apresento os meus cumprimentos.

Espinho, 7 de Fevereiro de 2011

TIRITAS DE SOL UNIPessoal LDA  
(Cof. n.º 507 485 009)  
Rua das Palmeiras, n.º 52  
4500 - 640 Silvalde - ESPINHO  
Telef.: 227 328 419  
www.maegalinha.com

www.maegalinha.com  
227 328 419  
Rua das Palmeiras - Espinho  
4500 - 640 Silvalde - Espinho  
Cof. n.º 507 485 009  
TIRITAS DE SOL UNIPessoal LDA

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>  
Sara Isabel De Almeida Santos

**Assunto:** Autorização de estudo/projecto de investigação

Em resposta ao vosso pedido de realização de estudo/projecto de investigação subordinado ao tema ” *Factores que influenciam a resiliência dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade - estudo comparativo de crianças com e sem doença grave*”, no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEP, temos a informar que, conforme deliberação da Directora Dr. Maria Isabel Campos, deste Centro Infantil Espinho I, de 22 de Fevereiro de 2011, está autorizado.

Aguardamos contacto a fim de planear o referido estudo de investigação.

Sem outro assunto de momento, apresento os meus cumprimentos.

Espinho, 01 de Março de 2011

A Directora  


Maria Isabel S. Duarte de Campos



CENTRO  
HOSPITALAR  
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Sra. Enf.ª  
Sara Isabel Almeida Santos  
UCICT  
Pavilhão Central

**N/Ref.:** 292/2011

**Assunto:** Autorização de estudo/projecto de investigação


Em resposta ao V/ pedido de realização de estudo/projecto de investigação subordinado ao tema "**Factores que influenciam a resiliência dos pais de crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos de idade - estudo comparativo de crianças com e sem doença grave**", no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da ESEP, temos a informar que, conforme deliberação da Enfermeira Directora Alberta Pacheco, deste Centro Hospitalar, de 29 de Abril de 2011, está autorizado.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo de investigação.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF 292/2011

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 10 de Maio de 2011

  
CHVNG/E, E.P.E.  
Enf.ª **Chefe Irene Colina**,  
Serviço Formação, Ensino e Investig.  
Nº Mecanográfico: 16

Centro Hospitalar de  
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.  
Rua Conceição Fernandes s/n  
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.minsaude.pt  
Tel. +351 22 786 51 00  
Fax +351 22 7830209  
eMail geral@chvng.minsaude.pt

NIPC 508 142 156  
Capital Estatutário 47.082.000,00 Euros  
Registo Comercial nº 508 142 156

