



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

Relatório Final de Estágio

Sónia Andrade Pinto

Coimbra, julho de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

Relatório Final de Estágio

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade:
Casais com filhos até aos dezoito meses

Sónia Andrade Pinto

Orientadora: Professora Mestre, Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas,
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora, Ana Paula Forte Camarneiro, Professora Coordenadora
na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Coimbra, julho de 2025

“Família é contexto natural para crescer.

Família é complexidade.

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos.

Família gera amor, gera sofrimento.

A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se.”

(Relvas, 1996, pp.9)

Dedico este relatório a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a sua construção, nomeadamente à minha família, ao meu namorado, ao corpo docente do mestrado, à equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Familiar, a todos os casais que voluntariamente participaram no meu estudo de investigação e a todas as famílias a quem tive o privilégio de prestar cuidados.

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Adjunta Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas, pela orientação e apoio durante todo o meu percurso académico.

À Senhora Professora Doutora Ana Paula Forte Camarneiro, pela disponibilidade, interesse e colaboração no estudo de investigação.

À Senhora Enfermeira Orientadora Cooperante, pela paciência demonstrada e pelos seus ensinamentos ao longo da prática clínica.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar, pela disponibilidade e colaboração durante o estágio.

À Senhora Professora Doutora Margarida Silva, Coordenadora do II Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, e a todos os docentes deste Mestrado pelos conhecimentos partilhados e pelo seu contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todas as famílias que voluntariamente aceitaram participar no meu estudo de investigação, pela disponibilidade e confiança depositada no meu trabalho.

Aos meus pais e à minha avó materna pela paciência, pela força e pelo mimo que me deram ao longo do meu percurso académico.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos pela compreensão e pelas gargalhadas nos momentos de maior ansiedade.

Ao meu namorado, pelo amor, pela compreensão e por nunca me deixar desistir, dizendo-me incansavelmente que eu era capaz.

À minha querida colega e amiga Adriana Fernandes, Especialista e Mestre em Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar por me incentivar a ingressar neste Mestrado.

A todas as minhas colegas de Mestrado pela partilha e companheirismo durante esta longa caminhada.

Aos meus amigos, pelo incentivo e por estarem sempre presentes na minha vida, apesar das minhas ausências aos eventos marcados.

A todos vocês, o meu muito, muito obrigado!

RESUMO

Enquadramento: O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar é o profissional de referência responsável pelo acompanhamento da família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital. Este relatório reflete o percurso formativo da mestrandia, evidenciando o desenvolvimento das competências inerentes ao exercício profissional do enfermeiro especialista nesta área de especialidade.

A satisfação conjugal assume um papel fundamental na sobrevivência e crescimento das famílias. Por sua vez, o nascimento do primeiro filho implica um conjunto de alterações significativas na vida do casal. A conjugalidade tende a ser colocada para segundo plano, o que poderá influenciar negativamente a satisfação conjugal.

Objetivos: Descrever criticamente as atividades realizadas para desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar; e, apresentar um estudo de investigação sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade: casais com filhos até aos dezoito meses, cujos objetivos são conhecer a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade; e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

Metodologia: Na atividade clínica, procedeu-se à avaliação e intervenção familiar, com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Na atividade de investigação foi realizado um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. A amostra, recolhida por amostragem não probabilística por conveniência, é constituída por 52 casais inscritos na Unidade de Saúde Familiar. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e a escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Cumpridos pressupostos éticos.

Resultados: A aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar permitiu a prestação de cuidados de qualidade, resultando em ganhos em saúde. Os resultados do estudo de investigação revelaram que os casais “primíparos” em transição para a parentalidade se encontravam satisfeitos com a conjugalidade. A *Intimidade Emocional* é a área de maior satisfação, e os *Tempos Livres*, a área na qual estão menos satisfeitos. A satisfação conjugal está relacionada com o estado civil e com a idade dos filhos.

Conclusões: A atividade clínica e de investigação permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Conhecer a satisfação conjugal em casais “primíparos” em transição para a parentalidade permite ao enfermeiro implementar práticas que facilitem o processo de transição, capacitando a família pelo reforço das forças e transformação das suas barreiras.

Palavras-chave: Família; Transição; Parentalidade; Relacionamento Conjugal; Enfermagem Familiar

ABSTRACT

Background: The Family Health Nurse Specialist is the professional reference responsible to follow-up families as units of care throughout their life cycle. This report is a reflection of the academic and clinical training path of the master's student, highlighting the development of competencies required for the scope of practice of a Nurse Specialist in this specialty.

The marital satisfaction plays a crucial role in the family's wellbeing and stability. Furthermore, the birth of a first child impacts significantly on couple's relationship. The conjugal life is often not prioritized, which can negatively impact marital satisfaction.

Objectives: To critically describe the activities carried out for the development of standard and core competencies of the Family Health Nurse Specialist; and to present a research study on marital satisfaction during the transition to parenthood, focusing on couples with children up to eighteen months of age. The research objectives are understanding the marital satisfaction and exploring the relation between sociodemographic factors and satisfaction levels.

Methodology: A family assessment and intervention were carried out in clinical environment based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. This research investigation was conducted using a transversal and quantitative descriptive-correlational approach. The sample, collected through non-probability convenience sampling, is formed by 52 couples registered at the Family Health Unit. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Assessment Scale Satisfaction in Marital Life Areas. Ethical assumptions were met.

Results: The use of the Family Assessment and Intervention Model supported the delivery of quality care, generating positive health outcomes. Research findings revealed that "primiparous" couples in the transition to parenthood were generally satisfied with their conjugality. Emotional Intimacy was the most satisfied area, whereas Leisure Time showed the lowest satisfaction. Marital satisfaction is related to the marital status and the children's age.

Conclusions: The clinical and research activity supported the development of standard and core competencies of the Family Health Nurse Specialist. Gaining insight into the marital satisfaction of "primiparous" couples during the transition to parenthood enables the Nurse to implement practices that support this transition by empowering each family through the reinforcement of their strengths and transformation of their barriers.

Keywords: Family; Transition; Parenthood; Marital Relationship; Family Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

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

CA – Conselho de Administração

Coord. – Coordenação

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

EBSCO – *Elton Bryson Stephens Company*

EEECAESF – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EOC – Enfermeira Orientadora Cooperante

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IBM SPSS Statistics – *International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences Statistics*

IDE – Índice de Desempenho de Equipa

IDG – Índice de Desempenho Global

IFNA – *International Family Nursing Association*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPDA – Índice de Perturbação do Desenvolvimento assistencial

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção na Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE – Ordem dos Enfermeiros

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RI – Regulamento Interno

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes

SINUS – Sistema de Informação Nacional de Cuidados de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade Funcional

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

UP – Unidades Ponderadas

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Município de Coimbra.....	26
Figura 2 – Caracterização dos utentes inscritos na USF por sexo e grupo etário	32
Figura 3 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF	32
Figura 4 – Dotação segura versus dotação real do ficheiro da EOC.....	34
Figura 5 – Pirâmide etária do ficheiro da EOC	35
Figura 6 – Tipos de famílias inscritas no ficheiro da EOC.....	38
Figura 7 – Distribuição das famílias unitárias por grupo etário.....	38
Figura 8 – Ciclo vital das famílias inscritas no ficheiro da EOC	40
Figura 9 – Tipologia familiar das famílias avaliadas presencialmente	57
Figura 10 – Classe social das famílias avaliadas presencialmente.....	58
Figura 11 – Etapas do ciclo vital das famílias avaliadas presencialmente.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos elementos inscritos no ficheiro da EOC por sexo.....	34
Tabela 2 – Mulheres em idade fértil inscritas no ficheiro da EOC	34
Tabela 3 – Caracterização dos elementos inscritos no ficheiro da EOC por idade.....	35
Tabela 4 – Elementos por agregado familiar do ficheiro da EOC	37
Tabela 5 – Indicadores Epidemiológicos – Taxa de Avaliação	69
Tabela 6 – Indicadores Epidemiológicos – Taxa de Prevalência	70
Tabela 7 – Indicadores de Resultado.....	71
Tabela 8 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal	86
Tabela 9 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	89
Tabela 10 – Estatísticas descritivas da EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal	92
Tabela 11 – Teste t de Student para comparação de médias da EASAVIC Global consoante o sexo	93
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o sexo	93
Tabela 13 – Correlação de Pearson e Spearman entre a idade dos participantes e a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal.....	94
Tabela 14 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global consoante as classes etárias dos participantes	94
Tabela 15 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante as classes etárias dos participantes	95
Tabela 16 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global conforme o estado civil	96
Tabela 17 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o estado civil	96
Tabela 18 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global de acordo com as habilitações literárias	97
Tabela 19 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante as habilitações literárias	97
Tabela 20 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global consoante a profissão	98
Tabela 21 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante a profissão	98
Tabela 22 – Correlação de Pearson e Spearman entre a idade da criança e a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal	99
Tabela 23 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global nas classes etárias dos filhos em meses	99
Tabela 24 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias entre EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal nas classes etárias dos filhos	101
Tabela 25 – Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global conforme o nível socioeconómico da família	102

Tabela 26 – Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o nível socioeconómico da família.....	102
--	-----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA	25
1 – CONTEXTO CLÍNICO	26
1.1 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	26
1.1.1 – População inscrita	31
1.1.2 – Caracterização da lista de utentes/famílias da equipa de saúde familiar	33
2 – ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	41
2.1 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	41
2.2 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	51
CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO	74
1 – INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	75
1.1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	75
1.2 – METODOLOGIA	79
1.2.1 – Objetivos e Questão de Investigação	79
1.2.2 – Tipo de Estudo	80
1.2.3 – População alvo e amostra	80
1.2.4 – Instrumentos de recolha de dados	81
1.2.5 – Procedimentos para a recolha de dados	83
1.2.6 – Procedimentos formais e éticos	84
1.2.7 – Tratamento estatístico dos dados	85
1.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	87
1.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	87
1.3.2 – Análise da consistência interna da EASAVIC	90
1.3.3 – Análise descritiva da EASAVIC	91
1.3.4 – Análise Inferencial	92
1.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA	114

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação no “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Família e Mudanças Demográficas”

ANEXO 2 – Certificado de participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”

ANEXO 3 – Certificado de participação na “III Convenção Internacional dos Enfermeiros”

ANEXO 4 – Certificado de participação no “1st International Congress of Family Health”

ANEXO 5 – Certificado de participação no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”

ANEXO 6 – Autorização para a utilização da EASAVIC

ANEXO 7 – Autorização para a utilização da Escala de Graffar Adaptada

ANEXO 8 – Revisão psicométrica da EASAVIC

ANEXO 9 – Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro

ANEXO 10 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO 11 – Parecer da Coordenadora da USF

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folheto “Família e prevenção da *Diabetes Mellitus* tipo 2”

APÊNDICE 2 – Formação sobre instrumentos de avaliação familiar

APÊNDICE 3 – Formação sobre satisfação conjugal na transição para a parentalidade

APÊNDICE 4 – Formação sobre a funcionalidade e coesão familiar na doença crónica-
Diabetes Mellitus tipo 2

APÊNDICE 5 – Panfleto sobre a influência das TIC em famílias com filhos pequenos

APÊNDICE 6 – Cartaz realizado no âmbito do Dia Internacional da Família

APÊNDICE 7 – Poster “A comunicação sobre sexualidade com filhos adolescentes”

APÊNDICE 8 – Poster “A sexualidade em famílias idosas”

APÊNDICE 9 - Genograma realizado a uma das famílias avaliadas

APÊNDICE 10 – Ecomapa realizado a uma das famílias avaliadas

APÊNDICE 11 – Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE 12 – Consentimento Informado

APÊNDICE 13 – Consistência interna da EASAVIC Global

APÊNDICE 14 – Consistência interna da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do 2º Ano / 3º Semestre do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), o relatório final da prática clínica pressupõe a realização de uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, revelando-se assim, um instrumento fundamental para a avaliação da aprendizagem, da aquisição e do desenvolvimento de competências do estudante.

Este relatório tem como objetivos descrever o contexto clínico, analisar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, refletir acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (EEECAESF) e, descrever o estudo de investigação realizado, apresentando detalhadamente os resultados obtidos.

Preconiza-se que este documento seja transversal aos dois momentos da prática clínica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESENfC, 2023a). O primeiro momento, inserido na UC Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, decorreu de 24 de abril a 8 de julho de 2023. Teve uma duração de 405 horas, 176 de contacto (168 horas de componente clínica e 8 de seminário) e 229 de trabalho autónomo do estudante (ESENfC, 2023b). Já o segundo momento, inserido na UC Estágio com Relatório, decorreu de 18 de setembro de 2023 até 23 de fevereiro de 2024. Teve uma duração de 552 horas (336 horas de contacto, 200 horas de trabalho de campo e 16 de seminário) (ESENfC, 2023a).

De salientar que, ambos os momentos da prática clínica decorreram, sob orientação tutorial de uma Enfermeira Mestre em Saúde Pública e Especialista em Enfermagem Comunitária e, sob a orientação pedagógica da Senhora Professora Adjunta Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas.

De acordo com a OE (2021), a prática clínica permite que o estudante compreenda as dinâmicas da sua intervenção durante a prestação de cuidados, o que facilita a aprendizagem e a consolidação de conhecimentos. Deve ser considerado um elemento fundamental na transição para enfermeiro especialista, integrando no relatório final, uma componente de investigação, para além da reflexão crítica das atividades desenvolvidas.

Decorrente da identificação do problema de investigação, surgiu o tema “Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos dezoito meses”, cujos objetivos

foram conhecer a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

A transição para a parentalidade é uma das transições mais intensas que o sistema familiar enfrenta, pois embora se trate de um acontecimento normativo e habitualmente esperado, não é vivenciado de igual modo por todos os indivíduos/famílias (Martins et al., 2017).

O nascimento do primeiro filho impõe de forma irreversível, um conjunto de mudanças drásticas na autopercepção, na conjugalidade e nas interações familiares (Chong & Mickelson, 2016). Trata-se por isso de um tema de grande relevância para a enfermagem de saúde familiar, sendo da responsabilidade do enfermeiro especialista constituir-se como agente facilitador dessas mesmas mudanças.

A saúde familiar é mais do que a ausência de doença ou de disfuncionalidade da família (Kaakinen et al., 2018). É um processo dinâmico, traduzido pela sua capacidade em fomentar estratégias que deem resposta às necessidades individuais dos seus membros e que, simultaneamente, promovam a sua funcionalidade enquanto unidade de cuidados, mantendo a sua organização e estabelecendo um conjunto de mudanças a nível estrutural (Figueiredo, 2012).

O desenvolvimento da enfermagem de família e do conceito de enfermeiro de família, surgiu a partir de várias políticas internacionais emanadas pela Organização Mundial de Saúde para a região europeia, tais como a *Health21: Health for All Policy Framework for the WHO European Region* (1998), que definiu as metas para a saúde no século XXI, destacando a necessidade de um profissional de saúde de referência para apoiar as famílias, sobretudo as que se encontravam em situações de vulnerabilidade (Meta 15); *The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum* (2000), onde se apresentou formalmente o conceito de enfermeiro de família, descrevendo o seu papel e a formação necessária para atuar junto das mesmas e da comunidade; e, a Declaração de Munique (2000) que reconhecia os enfermeiros como protagonistas na concretização das metas de saúde, incentivando os governos à criação de novas funções, como a de enfermeiro de família e ao fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Influenciada pelas políticas internacionais da Organização Mundial de Saúde, a primeira referência à enfermagem de família em Portugal, ocorreu na Conferência Nacional “A cada família o seu Enfermeiro” realizada em 2000, com o objetivo de reforçar a proximidade e os cuidados prestados às famílias (OE, 2002).

Mais tarde, com a reforma dos CSP iniciada em 2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), entendidas como unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que tem como missão garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade desses mesmo cuidados à população nela inscrita (Melo, 2021).

Em 2007, foi publicado o Decreto-Lei n. 298/2007, de 22 de agosto (2007), que formalizou e estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento das USF em Portugal. Este regime foi posteriormente revisto pelo Decreto-Lei n. 73/2017, de 21 de junho (2017), e, mais recentemente, atualizado pelo Decreto-Lei n. 103/2023, de 7 de novembro (2023), no qual se estabelece que, os enfermeiros que integram as USF têm de deter, no mínimo, o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.

De acordo com o Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho (2015), o EEECAESF é o profissional responsável pela prestação de cuidados ao longo das diferentes fases do ciclo vital, atuando ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, capacitando-a face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Relativamente à metodologia utilizada para a realização do presente relatório, recorreu-se a pesquisas de artigos em bases de dados científicas, a pesquisas bibliográficas de autores, a pesquisas em *websites* oficiais da Direção-Geral da Saúde (DGS), da OE e de outros organismos nacionais e internacionais. Para além destes, recorreu-se também à consulta e análise de documentos oficiais da USF onde foi realizado o estágio, tais como o Regulamento Interno, o Manual de Articulação e o Plano de Ação.

Como recursos, foi utilizada, a literatura sobre a temática, os artigos presentes nas bases de dados científicas e os seguintes programas/aplicativos informáticos: Plataforma Nacional do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), o Registo Nacional de Utentes (RNU), o SClinico, o Sistema de Informação Nacional de Cuidados de Saúde (SINUS), o *Microsoft Excel* para análise estatística dos dados apresentados no primeiro capítulo, e, o programa informático *International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences Statistics* (IBM SPSS Statistics), versão 29.0, para a análise estatística dos dados do estudo de investigação.

No que diz respeito à estrutura, este documento encontra-se dividido em dois capítulos: Capítulo I – Atividade Clínica e Capítulo II – Atividade de Investigação. No primeiro capítulo é efetuada a descrição do contexto clínico e a análise das atividades e competências desenvolvidas durante a prática clínica. No segundo capítulo consta o estudo de investigação,

abordando a justificação e o enquadramento do problema, a metodologia, os resultados obtidos e a respetiva discussão. Por fim, é apresentada a conclusão, donde consta uma reflexão final sobre o percurso desenvolvido pela estudante, a avaliação dos objetivos, os aspetos facilitadores, as dificuldades sentidas e os principais resultados do estudo de investigação.

O documento foi elaborado de acordo com o Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório (2023), com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (2024) e com o Guia para a Realização de Citações em Texto e Referências Bibliográficas da ESEnfC (2024).

CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA

1 – CONTEXTO CLÍNICO

De acordo com a OE (2021), o contexto clínico é um espaço privilegiado, que facilita o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos, permitindo aos estudantes a compreensão das dinâmicas próprias da sua intervenção durante a prestação de cuidados.

Dada a sua importância, pretende-se realizar uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o percurso da estudante ao longo da prática clínica, analisando de forma criteriosa e fundamentada o trabalho desenvolvido. Neste sentido, será apresentada a descrição do contexto clínico, a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e o contributo da componente clínica para o desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao EEECAESF.

1.1 – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste subcapítulo será realizada a descrição do local onde foi realizado o contexto clínico. Entre outros aspetos, será abordada a estrutura física, orgânica e funcional da respetiva instituição.

A prática clínica foi realizada numa USF que pertencia, anteriormente, à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e que, atualmente, integra a Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Localizada numa zona urbana do município de Coimbra, a USF tem como área de influência quatro freguesias do respetivo município (USF, 2019b), com um total de 74638 habitantes (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2022c).

O município de Coimbra (Figura 1) tem uma área de 319,40 quilómetros quadrados, é constituído por 18 freguesias e por um total de 140816 habitantes, 65451 dos quais são mulheres e 75365 são homens (INE, 2022c; INE, 2024a; INE, 2024c).

Figura 1

Mapa do Município de Coimbra



Fonte: Câmara Municipal de Coimbra, 2024

De acordo com a Lei n. 156/2015 de 16 de setembro (2015), o enfermeiro tem o dever de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. A fim de respeitar o dever de sigilo consagrado no Estatuto da OE, a instituição onde decorreu a prática clínica não será identificada ao longo deste relatório, designando-a apenas por USF. Para além disso, será também mantido o anonimato dos profissionais que aí desempenham funções bem como das famílias alvo de cuidados de enfermagem.

De acordo com o Decreto-Lei n. 103/2023 de 7 de novembro (2023), as USF são unidades de prestação de cuidados, individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais da qual fazem parte médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. Têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados à população nela inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade desses mesmos cuidados longo do ciclo vital.

A USF iniciou o seu funcionamento em 2007, tendo transitado para Modelo B em 2009 (USF, 2019b). Este modelo traduz-se em equipas com um elevado amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma realidade. Nas USF Modelo B, os profissionais estão dispostos a aceitar níveis de contratualização mais rigorosos e a participar na acreditação da respetiva instituição (Despacho n. 24101/2007 de 22 de outubro, 2007).

A acreditação é um processo voluntário, periódico e reservado, que tende a assegurar a qualidade dos cuidados, a partir de padrões previamente definidos e aceites (Sousa et al., 2016).

A USF encontra-se acreditada no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, de acordo com o modelo da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Obteve o nível Bom atribuído pelo departamento da Qualidade em Saúde. O seu processo de acreditação teve início em 2015/2016, já tendo sido sujeita, depois disso, a novas reavaliações (USF, 2019b).

Segundo o Despacho n. 69/2009 de 31 de agosto (2009), o modelo da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* tornou-se o modelo oficial de acreditação em saúde em Portugal. A escolha deste modelo deveu-se essencialmente a critérios de sustentabilidade, transversalidade e facilidade de adaptação aos diferentes tipos de unidades de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A USF dispõe de uma missão, visão e valores, partilhados por todos os elementos da equipa que a integram. Tem como **missão** “uma gestão dinâmica, aproveitando e estimulando as diferentes capacidades individuais, com o intuito de melhorar a eficiência na prestação de cuidados de saúde à população, e proporcionar aos profissionais um elevado índice de satisfação”. Como **visão** “pretende ser um espaço de referência na prestação de cuidados de saúde, alicerçado em equipas multiprofissionais, tendo por base uma visão holística da

pessoa”. Apresenta como principais **valores**, a equidade, a responsabilidade, a satisfação, a qualidade e a assertividade (USF, 2019b, p.15). Tem como lema “Inovação, Rigor, Humanização... a caminho da excelência” (USF, 2019b, p.9).

O processo de contratualização nos CSP contribui para a melhoria contínua de desempenho e garante o envolvimento de todos os intervenientes no processo (utentes/famílias e profissionais de saúde). Estabelece um compromisso entre os próprios profissionais da unidade, entre a Unidade Funcional (UF) e o Conselho de Administração (CA) e, entre estes e os utentes/famílias (Ministério da Saúde, 2024b).

Em fevereiro de 2024, a USF tinha contratualizado um total de 157 indicadores. Apresentava um Índice de Desempenho de Equipa (IDE) de 76, obtido através de 43 indicadores de desempenho de equipa, um Índice de Desempenho Global (IDG) de 84,60, aferido em função de 82 dos 157 indicadores contratualizados, e um total de 18877 Unidades Ponderadas (UP) (Ministério da Saúde, 2024a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2024b), o IDE permite avaliar o trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional. Já o IDG e as UP permitem aferir desempenho da UF e a respetiva atribuição de incentivos institucionais (Ministério da Saúde, 2024b).

À data de conclusão da prática clínica (fevereiro de 2024), a USF tinha um Índice de Perturbação do Desenvolvimento assistencial (IPDA) de 85,10 (Ministério da Saúde, 2024a). O IPDA avalia o contexto de trabalho da UF. Quanto maior o valor do IPDA, mais adverso é o contexto de trabalho da instituição (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023).

A USF atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde (CS) da qual faz parte, nomeadamente, com uma UCC, duas USF e uma Unidade de Saúde Pública (USP) (USF, 2019b).

O horário de funcionamento da USF é de segunda a sexta-feira das 08:00 às 20:00 horas e aos sábados das 09:00 às 13:00 horas. Domingos e feriados encontra-se encerrada. O atendimento aos utentes inicia-se 15 minutos após a abertura da USF e termina 15 minutos antes do seu encerramento (USF, 2023).

Em termos de estrutura física, a USF é constituída por dois pisos. O primeiro piso, é constituído por uma sala de espera, uma secretaria, quatro gabinetes médicos, um gabinete para médicos internos, quatro gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala para amamentação, duas casas de banho para utentes (uma delas para pessoas com deficiência), duas casas de banho para profissionais, uma sala de pausa, uma sala para higienização de materiais, uma sala de arrumação, um armazém avançado e um elevador. No segundo piso, encontram-se quatro gabinetes médicos, dois gabinetes para médicos internos,

quatro gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma secretaria, uma sala de espera, uma biblioteca, duas casas de banho para profissionais e duas casas de banho para utentes (uma delas para pessoas com deficiência), uma sala de arquivo, um espaço designado de cantinho da criança e também um elevador (USF, 2019a).

A USF é constituída por uma equipa multiprofissional de oito médicos especialistas em medicina geral e familiar, oito enfermeiros (três especialistas em enfermagem comunitária e um com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica) e seis assistentes técnicos. Não dispõe de técnicos auxiliares de saúde. Uma empresa contratada disponibiliza um funcionário para proceder à limpeza e higienização das instalações da USF de segunda a sábado. A USF possui um segurança durante o horário de funcionamento (USF, 2019a).

A USF encontra-se organizada em equipas, com complementaridade de funções. É constituída por equipas nucleares, em espelho, equipas por piso e uma equipa alargada. Cada equipa nuclear, presta cuidados a todas as famílias que se encontram inscritas no respetivo ficheiro. Existem na USF oito equipas nucleares. Cada uma delas é constituída por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico. (USF, 2019b).

A equipa espelho corresponde à equipa nuclear que, de forma direta, interage com outra equipa nuclear, previamente determinada. Tem como objetivo dar uma resposta eficiente em casos de necessidade por ausência ou reforço de atendimentos por incapacidade da equipa nuclear (USF, 2019b).

A equipa por piso, corresponde às quatro equipas nucleares existentes em cada um dos dois pisos da USF. Tem um objetivo similar ao da equipa em espelho. A equipa alargada é constituída pela totalidade dos profissionais da USF e tem como função dar resposta às situações não solucionadas pelas equipas anteriores (USF, 2019b).

A USF não dispõe de Carteira Adicional de Serviços (USF, 2018). No entanto, disponibiliza a todos os seus utentes/famílias a Carteira Básica de Serviços (USF, 2019b).

De acordo com o Despacho n.12456-B/2023 de 5 de dezembro (2023), a Carteira Básica de Serviços é aplicável para todas as USF, independentemente do seu modelo organizacional. É entendida enquanto compromisso assistencial nuclear, pelo que contém o que deve ser obrigatoriamente contratualizado. Compreende a vigilância, a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital; os cuidados em situação de doença aguda; o acompanhamento na doença crónica e patologia múltipla; cuidados domiciliários; a interligação com outros serviços e níveis de diferenciação; o modo de atuação do secretariado clínico (o atendimento e encaminhamento do utente/família, a gestão da comunicação e de

procedimentos administrativos); o horário de funcionamento da USF; a dimensão da lista de utentes e a formação contínua.

A USF dispõe de consultas gerais programadas, consultas de agudos, consultas de saúde materna, consultas de saúde infantil e juvenil, de saúde sexual e reprodutiva, de vigilância da diabetes e/ou hipertensão; visitação domiciliária; consultas de vacinação e consultas de medidas terapêuticas (USF, 2019b).

A consulta geral programada tem como objetivo a vigilância de grupos vulneráveis ou de risco, a vigilância de saúde do adulto e do idoso, a gestão da doença crónica bem como situações em que o médico considere que seja necessária uma avaliação e/ou controle mais exaustivos. A consulta de agudos, realizada pela equipa nuclear responsável pela prestação de cuidados ao utente/família ou por outra equipa da USF, pretende dar resposta a situações agudas ou que não possam esperar por uma consulta programada (USF, 2019b).

A consulta de saúde materna visa a vigilância da gravidez em mulheres inscritas na USF. As consultas de saúde infantil/juvenil tem como finalidade a vigilância da saúde infantil e juvenil de acordo com as normas da DGS. Já as consultas de saúde sexual e reprodutiva, destinadas a mulheres entre os 15 e os 54 anos e a homens sem limite de idade, têm como objetivos a realização de consultas de planeamento familiar, consultas pré-concecionais e a realização de rastreios oncológicos, nomeadamente do cancro do colo do útero e da mama. As consultas de vigilância da diabetes destinam-se a utentes diabéticos inscritos na USF e tem como propósito, o acompanhamento e o controle da doença. Por fim, as consultas de hipertensão arterial, dirigidas a utentes hipertensos inscritos na USF, tem com objetivo a monitorização e o controle da respetiva doença (USF, 2019b).

A visitação/consulta domiciliária, realizada por médicos e/ou enfermeiros no domicílio do utente, destina-se a pessoas dependentes em grau elevado nos autocuidados, com limitações na deslocação e/ou pertencentes a grupos vulneráveis ou de risco com necessidades acrescidas. Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e a garantia da continuidade de cuidados (USF, 2019b).

A vacinação é realizada por enfermeiros de acordo com o Plano Nacional de Vacinação. Tem como objetivo a imunização e a prevenção de doenças. As vacinas que não integram este plano são administradas mediante prescrição médica. Por sua vez, a consulta de medidas terapêuticas também realizada por enfermeiros, tem como objetivo, a prestação de cuidados mediante prescrição médica (USF, 2019b).

De seguida, para uma melhor caracterização do contexto clínico, será abordada a população inscrita na USF onde decorreu a prática clínica.

1.1.1 – População inscrita

De acordo com o Decreto-Lei n. 103/2023 de 7 de novembro (2023), a população abrangida por cada USF corresponde ao n. de utentes inscritos nessa mesma USF, não devendo ser inferior 4000 nem superior a 18000 utentes, salvo em casos devidamente fundamentados, mediante parecer favorável da direção executiva do SNS, não devendo a redução ou o aumento ultrapassar um quarto dos valores de referência.

Em novembro de 2024, encontravam-se inscritos na USF 13875 utentes, todos com médico e enfermeiro de família. Destes, 7571 (54,6%) eram mulheres e 6304 (45,4%) eram homens. Das mulheres, 3168 encontravam-se em idade fértil, o que correspondia a uma percentagem de 49,8 %.

Relativamente à faixa etária, 613 (4,4%) utentes tinham idade inferior ou igual a 6 anos; 9656 (69,6%) tinham entre 7 e 64 anos; 1707 (12,3%) tinham entre 65 e 74 anos; e, 1889 (13,6%) tinham 75 ou mais anos (Figura 2) (Ministério da Saúde, 2024a). Estas faixas etárias permitiram o cálculo das UP de acordo com a legislação em vigor, donde consta que estas se obtêm através da multiplicação do: n. de crianças dos 0 aos 6 anos por 1,5; do n. de utentes entre os 7 e os 64 anos por 1; do n. de utentes entre os 65 e os 74 anos por 2; e do n. de utentes com idade igual ou superior a 75 anos por 2.5. O somatório dos resultados obtidos, permite obter o n. de UP da USF (Decreto-Lei n. 103/2023 de 7 de novembro, 2023). De acordo com o BI-CSP, a USF, possui um total de 19263,50 UP (Figura 2) (Ministério da Saúde, 2024a).

O índice de dependência de jovens é a relação entre o número de jovens (0-14 anos) e a população em idade ativa (15-64 anos) (INE, 2022b). Do mesmo modo, o índice de dependência de idosos corresponde à relação entre o número de idosos (65 ou mais anos) e a população em idade ativa (INE, 2022a). Já o índice de dependência total é a relação entre a população jovem e idosa e aquela que se encontra em idade ativa (INE, 2024b).

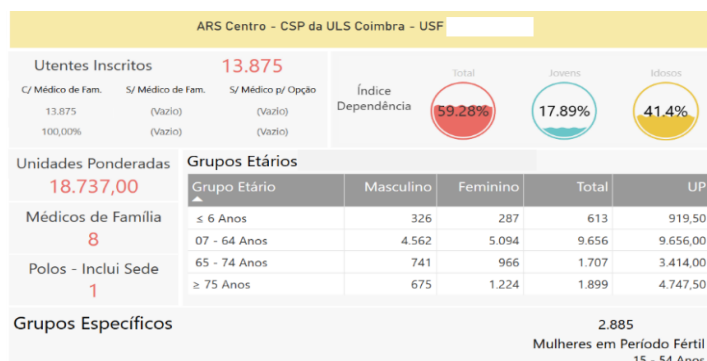
De acordo com os dados obtidos do BI – CSP, em fevereiro de 2024, a USF apresentava um índice de dependência de jovens de 17,89%, um índice de dependência de idosos de 41,4% e um índice de dependência total de 59,28% (Figura 2) (Ministério da Saúde, 2024a).

Estes dados revelam uma sobrecarga da população em idade ativa, aquela que atualmente suporta o sistema de segurança social, assegurando as reformas e o sistema de saúde. Em contrapartida, o baixo índice de dependência de jovens revela que futuramente a população ativa será menor, justificando-se a adoção de medidas promotoras da natalidade. Tendo em conta, a elevada percentagem de pessoas com 65 ou mais anos (aproximadamente 26 %) e

o aumento da esperança média de vida, urge que sejam adotadas medidas que facilitem a transição para a reforma e que promovam um envelhecimento ativo.

Figura 2

Caracterização dos utentes inscritos na USF por sexo e grupo etário



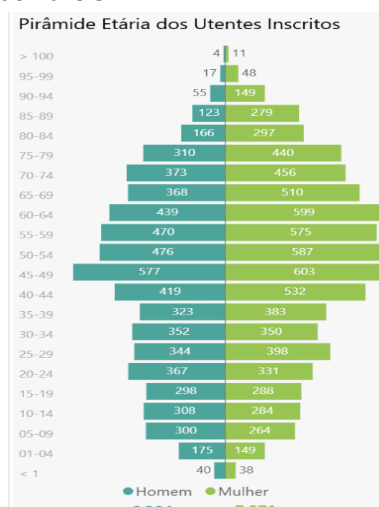
Fonte: Ministério da Saúde (2024a)

A pirâmide etária dos utentes inscritos na USF (Figura 3) tem a forma de um “barril”, verificando-se um predomínio de utentes inscritos com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos. A base estreita é indicativa de poucos jovens e de uma taxa de natalidade baixa. O topo da pirâmide, mais alargado, indica a existência de uma elevada quantidade de idosos, resultado da diminuição da taxa de mortalidade e da elevada esperança média de vida.

Após a análise da pirâmide etária (Figura 3), verifica-se que a maioria dos utentes tem idades compreendidas entre os 45 e os 49 anos, o que corresponde a uma percentagem de 8,5 %. O n. de crianças com idade inferior a 1 ano é de 0,56 % (78) e o n. de utentes acima dos 100 anos é de 15 o que corresponde a 0,1% da população (Ministério da Saúde, 2024a).

Figura 3

Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF



Fonte: Ministério da Saúde (2024a)

De seguida, será realizada a caracterização da lista de utentes da equipa nuclear da enfermeira orientadora cooperante (EOC).

1.1.2 – Caracterização da lista de utentes/famílias da equipa de saúde familiar

Os utentes inscritos por médico e enfermeiro de família na USF, encontram-se organizados em listas, favorecendo-se a estrutura familiar, o que vai de encontro ao Decreto-Lei n. 103/2023 de 7 de novembro (2023).

Segundo Wright e Bell (2009), família é um conjunto de pessoas unidas por vínculos emocionais fortes, senso de pertença e com tendência em participar na vida uns dos outros. É quem os seus elementos dizem que são (Wright & Leahey, 2011). Engloba valores, conhecimentos e práticas num espaço privilegiado de socialização e humanização. Entendida como um todo, a família é mais do que a soma das suas partes e jamais poderá ser reduzida às características dos seus elementos. Detém forças e recursos que potenciam a saúde familiar (Figueiredo, 2012).

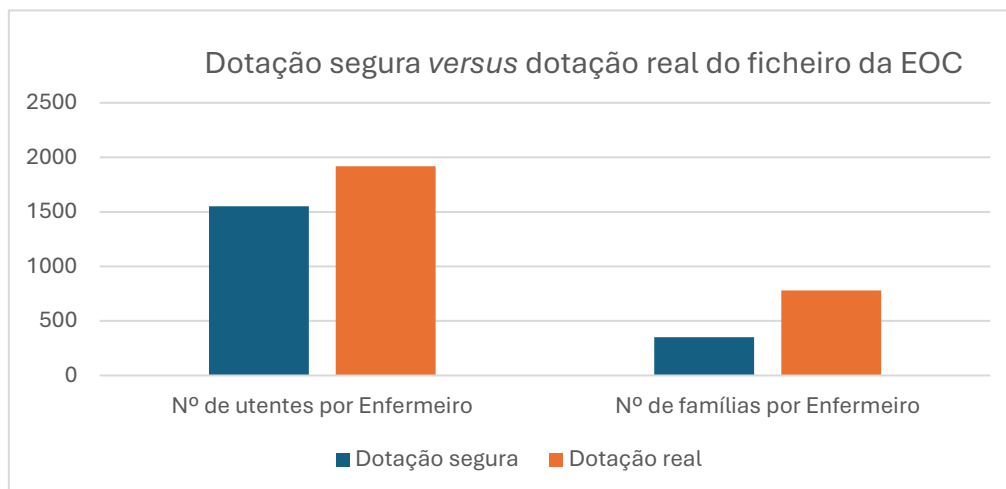
A fim de proceder à caracterização da lista de utentes pertencentes ao ficheiro da equipa nuclear da EOC, recorreu-se à exportação de dados do RNU para o programa informático *Microsoft Excel*, o que permitiu organizar e trabalhar a informação obtida. Neste sentido, pode concluir-se que a lista/ficheiro de utentes da equipa nuclear da EOC possui um total de 1918 utentes e 780 famílias.

De acordo com o Regulamento n. 743/2019 de 25 de setembro (2019), o n. de enfermeiros necessários em cada USF deve ser calculado de acordo com o seguinte rácio: um enfermeiro por cada 1550 utentes ou 1917 UP; um enfermeiro por cada 350 famílias. Assim, e atendendo à dimensão do ficheiro da equipa, verificou-se que o número de enfermeiros necessários para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados é manifestamente insuficiente (Figura 4), excedendo em 370 utentes (23,87%) relativamente ao n. de utentes recomendado, e em 433 famílias (123,71 %) relativamente n. de famílias preconizado.

Assegurar dotações seguras, é garantir que a qualquer altura, existe uma quantidade adequada de pessoal, com competências necessárias, disponível para colmatar as necessidades de cuidados dos utentes/famílias. Este princípio contribui para a prática de cuidados de qualidade, para a segurança dos utentes e para a satisfação, quer dos próprios, quer dos profissionais (Poeira et al., 2018).

Figura 4

Dotação segura versus dotação real do ficheiro da EOC



Fonte: Elaboração própria com base nos dados extraídos a partir do RNU e o Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro (2019)

Numa primeira fase, para caracterizar o ficheiro da EOC, procedeu-se à distribuição dos elementos inscritos no respetivo ficheiro, por sexo (Tabela 1). Neste sentido, dos 1918 utentes inscritos, 1051(54,8%) eram do sexo feminino e 867(45,2%) eram do sexo masculino.

Tabela 1

Caracterização dos elementos inscritos no ficheiro da EOC por sexo

Sexo	N. utentes	%
Feminino	1051	54,8
Masculino	867	45,2
Total	1918	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos a partir do RNU

Relativamente às mulheres, 496 encontravam-se em idade fértil. Destas, 261 não tinham filhos, o que corresponde a uma percentagem de 52,6 % (Tabela 2).

Tabela 2

Mulheres em idade fértil inscritas no ficheiro da EOC

	N. mulheres	%
Mulheres em idade fértil e sem filhos	261	52,6
Mulheres em idade fértil e com filhos	235	47,4
Mulheres em idade fértil	496	100

Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

O ficheiro da EOC era constituído por 76 (4,0%) utentes com idade inferior a 7 anos, dos quais 14 (0,7%) tinham idade inferior ou igual a 18 meses. No que respeita aos restantes grupos etários, 1386 (72,3%) tinham entre os 7 e 64 anos, 201(10,8%) situavam-se entre os 65 e os 74 anos e 255 (13,3%) tinham 75 ou mais anos (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização dos elementos inscritos no ficheiro da EOC por idade

Idade	N. utentes	%
[0 - 7 anos [	76*	4,0
[7 - 64 anos]	1386	72,3
[65 -74 anos]	201	10,8
≥75 anos	255	13,3
Total	1918	100
Média de idades ≈2,6		

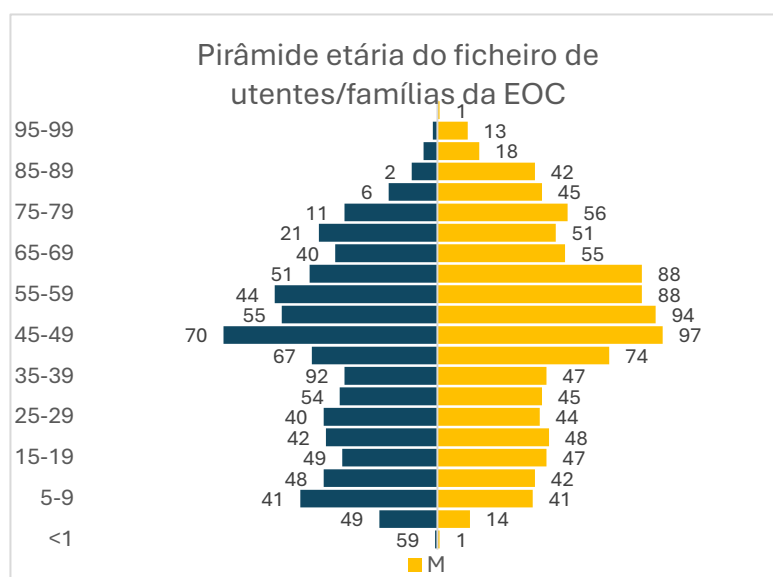
*Destes, 14 tem idade ≤ a 18 meses, o que corresponde a 0,7%

Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

Relativamente à pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da EOC, verificou-se que, à semelhança da pirâmide etária da USF, esta apresentava uma base estreita, indicativa de poucos jovens e um topo mais alargado, em resultado da menor mortalidade e da elevada esperança média de vida (Figura 5). Verificou-se também um predomínio de utentes inscritos no ficheiro da EOC entre os 45 e os 49 anos, o que corresponde a uma percentagem de 8,5%.

Figura 5

Pirâmide etária do ficheiro da EOC



Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

De acordo com o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018), cabe ao EEECAESF, cuidar da família como unidade de cuidados ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Neste sentido, para facilitar o desempenho das suas funções, é importante que este proceda à caracterização das famílias inscritas no ficheiro com o qual trabalha.

Numa primeira análise às famílias do ficheiro da EOC, verificaram-se algumas inconformidades nos processos familiares, na medida em que os elementos registados como pertencentes a um determinado agregado familiar nem sempre faziam parte dele. Algumas famílias encontravam-se classificadas como unitárias quando, na realidade, já não o eram; outras encontravam-se divorciadas, embora os ex-cônjuges ainda permanecessem registados juntos; outras incluíam filhos que já tinham saído de casa; e, por vezes, noras, genros, netos ou até bisnetos permaneciam registados no mesmo agregado, embora vivessem em residências distintas.

Tal acontecimento pode eventualmente ser justificado pela desatualização do ficheiro de família ou pelo direito do utente à escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, consagrado na Lei n.15/2014 de 21 de março (2014). Este assunto mereceu especial atenção e serviu de mote para sensibilizar não só a EOC, mas também toda a equipa da USF, que se comprometeu desde logo a atualizar os processos familiares, na medida do possível. Contudo, devido à extensa dimensão do ficheiro da EOC e à presença de algumas famílias que não frequentavam os CSP, a atualização revelou-se um processo moroso, pelo que se optou por proceder à sua caracterização com base nos agregados familiares existentes no ficheiro à data da conclusão da prática clínica, apesar de ainda se encontrar em atualização.

A EOC cuida de um total de 780 famílias e o número de elementos por agregado familiar, varia entre um e sete elementos (Tabela 4). Predominam famílias unitárias, constituídas por apenas um elemento (262 famílias, o que corresponde a 33,5 %). O n. de famílias com dois, três e quatro elementos revela-se também bastante expressivo, totalizando 470 famílias. Por sua vez, agregados mais numerosos, com cinco, seis e sete elementos são menos frequentes, representando apenas 48 famílias, o que corresponde a uma percentagem de 6,15% (Tabela 4). A média de elementos por agregado familiar é de 2,6, valor próximo ao da média nacional, que em 2023 se situava nos 2,4. De acordo com o INE, nos últimos 40 anos, tem-se assistido a uma diminuição da dimensão média das famílias, passando de 3,3 para 2,4, fenómeno que, segundo Bäckström (2018), se deve à modernização da sociedade, num país onde se assiste à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

Tabela 4*Elementos por agregado familiar do ficheiro da EOC*

N. elementos por agregado familiar	N. famílias	%
1	262	33,5
2	149	19,1
3	182	23,3
4	139	17,8
5	37	4,7
6	8	1,0
7	3	0,4
Total	780	100

Média de elementos/familiar $\approx 2,6$

Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU.

No que diz respeito ao Tipo de Família, optou-se por utilizar a classificação parametrizada no SClinico, que categoriza as famílias em unitárias, nucleares, alargadas, reconstruídas, monoparentais e, outros tipos de família.

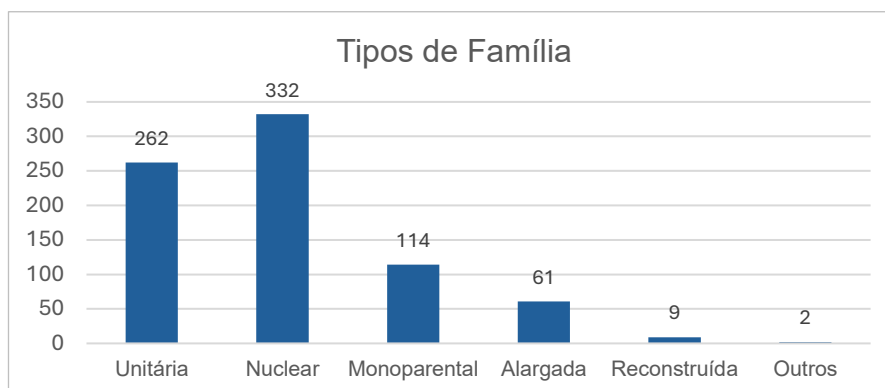
Em fevereiro de 2024, o ficheiro da EOC era constituído por 332 famílias nucleares, 262 famílias unitárias, 114 monoparentais, 61 alargadas, 9 reconstruídas e 2 classificadas na categoria “outros tipos de família”, por não se enquadrarem em nenhuma das classificações anteriores (Figura 6). A partir destes dados, foi possível concluir que o mesmo era maioritariamente constituído por famílias nucleares, embora o número de famílias unitárias também fosse bastante expressivo. Estes dados, corroboram com os resultados obtidos a nível nacional nos últimos anos, tendo-se verificado um predomínio do n. famílias nucleares, seguidas das unitárias, das monoparentais e, por fim, em menor representatividade “outros tipos de famílias” que não se enquadram nas classificações anteriores (PORDATA, 2024).

De referir que esta forma de classificação, se revelou por vezes, muito redutora, dada a evolução da sociedade e há existência de novos tipos de família que adquiriram uma prevalência significativa na sociedade. Neste sentido, foram desenvolvidas outras classificações, tais como a de Caniço et al. (2010) e a de Figueiredo (2012).

De acordo com Figueiredo (2012), a família pode ser classificada em nove tipos: casal, família nuclear, reconstruída, monoparental, alargada, unipessoal, comuna, coabitação e casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ou não estar legalmente unidos pelo matrimónio. Por sua vez, Caniço et al. (2010), identifica diversos tipos de famílias de acordo com três dimensões de caracterização: estrutura e dinâmica, relação conjugal e relação parental.

Figura 6

Tipos de famílias inscritas no ficheiro da EOC



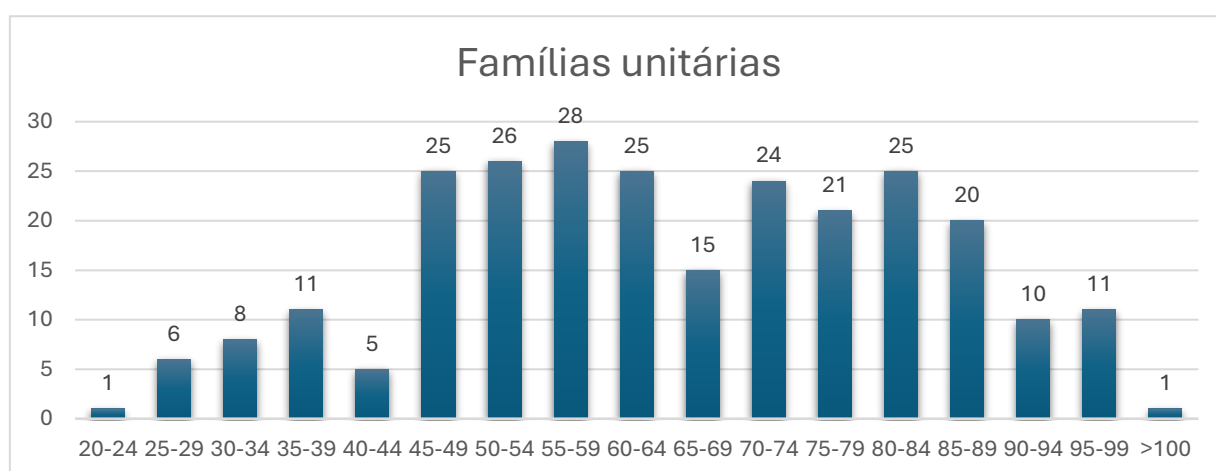
Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

Tendo em conta a elevada expressividade do número de famílias unitárias, procedeu-se à sua caracterização por grupos etários (Figura 7).

Da análise à Figura 7, foi possível concluir que 11,3 % (n=31) das famílias unitárias tem até 44 anos. A partir dessa idade, verifica-se um aumento significativo deste tipo de agregado familiar. A faixa etária dos 55 aos 59 anos é a que possui um maior número (n=28), correspondendo a 10,7% do total. Até aos 64 anos, o número de famílias unitárias é de 135, ou seja 51,5%. A partir dessa idade, o número desce para 127, o que corresponde a uma percentagem de 48,5%. O conhecimento destes dados, revela-se particularmente importante, uma vez que integram, um grupo de grande vulnerabilidade e com elevado risco de isolamento social.

Figura 7

Distribuição das Famílias Unitárias por grupo etário



Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

Quanto ao ciclo vital da família, foi proposto por Duvall e Miller em 1985, um modelo de classificação com oito etapas: 1º Casais sem filhos; 2º Famílias com recém-nascido; 3º Famílias com crianças em idade pré-escolar; 4º Famílias com crianças em idade escolar; 5º Famílias com filhos adolescentes; 6º Famílias com jovens adultos; 7º Casais na meia-idade; 8º Envelhecimento. Esta classificação introduz a noção de tarefas de desenvolvimento e considera a presença dos filhos bem como a idade do filho mais velho como critérios delimitadores de cada uma das etapas (Silva et al.2023).

Segundo as mesmas autoras, caracterizar a família tendo em conta a etapa do ciclo vital, permite a concretização de cuidados antecipatórios, com o objetivo de promover a sua capacitação. Trata-se, portanto, de um importante instrumento para o EEECAESF.

Embora existam vários modelos de classificação do ciclo vital das famílias, foi utilizado o de Duvall e Miller, por ser o que se encontra parametrizado atualmente no SClinico.

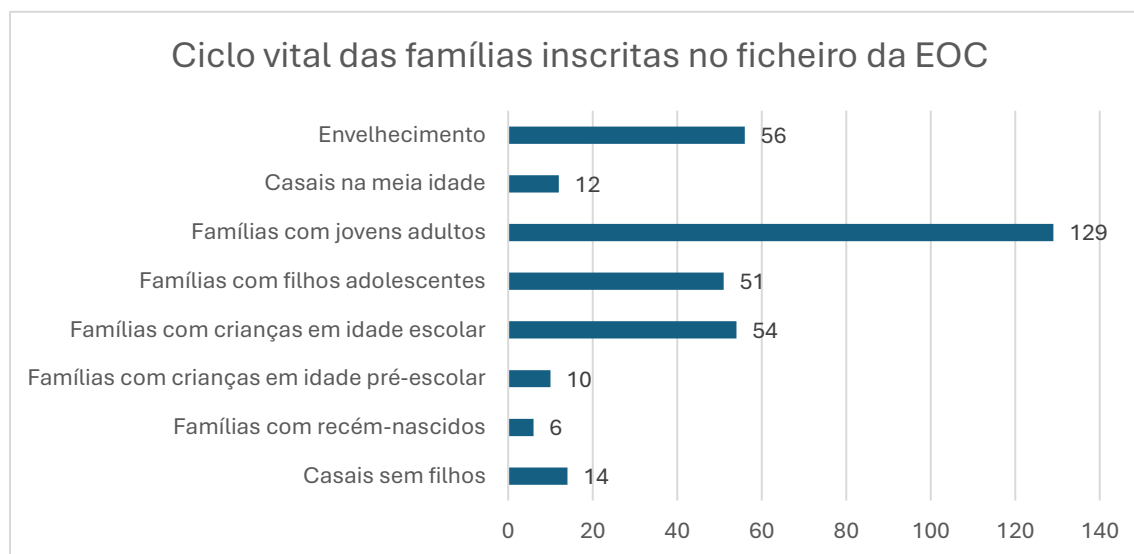
Após a análise da Figura 8, é facilmente perceptível que o ficheiro da EOC é na sua maioria constituído por famílias com jovens adultos (n=129, o que corresponde a 38,9% das famílias nucleares analisadas), o que poderá ser justificado pela tardia autonomização dos jovens na sociedade atual. Nesta etapa do ciclo vital, espera-se que a família facilite a saída dos filhos de casa, com a assistência adequada (primeiro emprego, educação superior), permitindo-lhe a construção autónoma da sua própria vida e a manutenção da base de suporte familiar (Silva et al., 2023).

Em menor número, encontram-se as famílias com recém-nascidos (n=6, ou seja, 1,8%) e as famílias com crianças em idade pré-escolar (n=10, o que corresponde a 3,0%) (Figura 8), o que acaba também por refletir uma baixa taxa de natalidade, nas famílias nucleares da EOC. Segundo o modelo de Duvall e Miller, a 2ª etapa do ciclo vital implica uma adaptação às necessidades de desenvolvimento da criança dependente. Já a 3ª etapa do ciclo vital, famílias com crianças em idade pré-escolar, pressupõe um ajuste às necessidades e interesses da criança, estimulando-a e promovendo o seu desenvolvimento (Silva et al., 2023).

Ainda relativamente à análise da Figura 8, é notório que o ficheiro da EOC é constituído por um elevado número de famílias na última etapa do ciclo vital, o “Envelhecimento”. Nesta etapa de Duvall e Miller, as tarefas pressupõe o ajustamento à reforma; aprender a lidar com o luto e a viver sozinho; e, a adaptação ao processo de envelhecimento (Silva et al., 2023).

Figura 8

Ciclo vital das famílias inscritas no ficheiro da EOC



Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados extraídos a partir do RNU

Segundo Silva et al. (2023), avaliar com a família, a fase da vida em que se encontra e perceber o modo como se reorganiza em busca de soluções, permite que, em conjunto, sejam descobertas novas potencialidades e equacionadas outras possibilidades para enfrentar os desafios impostos ao longo do ciclo vital.

A clareza com que são apresentadas as diferentes etapas do ciclo vital a nível teórico, parece conduzir à classificação inequívoca das famílias, o que na prática não se verificou, uma vez que o aparecimento de novas formas de organização familiar (famílias monoparentais, reconstruídas, unitárias, alargadas), a permanência dos filhos adultos na casa dos pais depois da idade adulta, a existência de casais que por opção ou por outras razões não tem filhos, surgem como fatores dificultadores ou mesmo impeditivos para aplicar o modelo de Duvall e Miller, desenvolvido para famílias nucleares e pensado de acordo com a família tradicional Portuguesa.

De seguida, será realizada a análise das atividades e competências desenvolvidas ao longo da prática clínica.

2 – ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

As competências em enfermagem correspondem a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de qualidade (Sousa et al., 2025).

O título de enfermeiro especialista pressupõe, não só, a aquisição das competências específicas enunciadas no regulamento da respetiva especialidade, mas também a aquisição de conjunto de competências comuns, inerentes a todas as áreas de especialidade (Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

De acordo com Silva e Silva (2016), “é no agir em situação que se desenvolvem competências” (p. 105). Neste caso em particular, quer isto dizer que, é através das atividades realizadas durante a prática clínica que se desenvolvem aptidões e habilidades essenciais para o exercício da especialidade de enfermagem.

Deste modo, torna-se pertinente proceder à análise das atividades e das competências desenvolvidas durante a prática clínica. Por uma questão de organização, numa primeira fase serão abordadas as atividades e as competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista e posteriormente as atividades e as competências específicas inerentes ao EEECAESF.

2.1 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), as competências comuns dizem respeito àquelas que são compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Nos termos do artigo 4º do Regulamento supracitado, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, foram várias as atividades desenvolvidas durante a prática clínica. Entre elas, salienta-se o agir de acordo com os seguintes princípios éticos: o respeito pela autonomia, o princípio da beneficência, da não maleficência e o princípio da justiça.

O princípio da autonomia reconhece o direito da família a ter a sua própria opinião e a agir de acordo com os seus valores e crenças pessoais (Beauchamp & Childress, 2009). Neste sentido, durante a prática clínica foram facultadas todas as informações relacionadas com a prestação dos cuidados de enfermagem, esclarecidas as dúvidas colocadas pelas famílias e

fornecidas informações acerca dos recursos existentes de que poderiam eventualmente usufruir, encorajando-as para uma tomada de decisão autónoma.

Todos os cuidados de enfermagem foram prestados após o consentimento verbal, livre e esclarecido das famílias, sem nunca colocar em prática qualquer intervenção imposta pelo enfermeiro e sem o consentimento prévio das mesmas, dando-lhes sempre algum tempo de reflexão antes de tomar qualquer decisão.

Na atividade de investigação, encontram-se detalhadamente descritos os procedimentos realizados de modo a respeitar os princípios éticos, nomeadamente a elaboração de um consentimento informado escrito, que depois de lido e compreendido, foi assinado pelos participantes que voluntariamente aceitaram participar no estudo.

Segundo Beauchamp e Childress (2009), o princípio da beneficência, obriga à realização de um balanço entre os benefícios, os riscos e os custos de modo a obter os melhores resultados. Já a não-maleficência, refere-se à obrigação de não causar dano de forma intencional. A fim de respeitar estes princípios, procurou-se refletir acerca dos cuidados de enfermagem, antes de implementar qualquer intervenção. Em conjunto com a EOC, que detém um conhecimento mais aprofundado das famílias inscritas no seu ficheiro, foram muitas vezes discutidas quais as intervenções mais adequadas para cada uma delas, tendo em conta as suas necessidades e a etapa do ciclo vital em que se encontravam. Em momento algum foram mobilizados recursos ou prestados cuidados que causassem dano de forma intencional.

O princípio da justiça remete para a igualdade, para a equidade e imparcialidade. Implica dar ao outro o que lhe é devido relativamente a benefícios, direitos, responsabilidades ou deveres (Beauchamp & Childress, 2009). Para garantir este princípio, procurou-se cuidar de igual modo todas as famílias, independentemente da raça, classe social, religião ou das suas crenças. Foram priorizadas necessidades e respeitadas as normas e a legislação em vigor. Exemplo disso, foi a vacinação contra a Covid 19 e contra a gripe. Na impossibilidade de vacinar todos de uma só vez, foram respeitadas as orientações emanadas pela DGS, vacinando numa fase inicial os grupos prioritários.

Para além dos princípios éticos, foi também respeitado o Estatuto da OE, que integra o Código Deontológico, donde constam, entre outros, os direitos e os deveres dos enfermeiros, bem como as incompatibilidades com a profissão.

Durante a prestação de cuidados, manteve-se sempre a privacidade das famílias, evitando exposições desnecessárias. No início de cada consulta, a mestranda identificou-se como estudante de mestrado, solicitando a cada família, autorização para que os cuidados de enfermagem fossem prestados pela mesma, na presença da EOC.

Durante a prática clínica, foi mantido o sigilo profissional, considerando confidencial toda a informação fornecida pela família, partilhando apenas o necessário com a equipa envolvida no plano terapêutico. Sempre que, para fins académicos, houve necessidade de partilhar informações fornecidas pela mesma, manteve-se o seu anonimato, através de nomes fictícios ou das iniciais do seu nome.

A conduta da mestranda durante a prática clínica baseou-se na prestação de cuidados humanizados. Receber as famílias com cortesia e simpatia, promover-lhes um ambiente seguro e confortável e dar-lhes espaço para conversar sobre o motivo que as levava à USF, sobre as suas angústias e preocupações, escutando-as atentamente foram algumas atividades desenvolvidas. Em cada consulta de enfermagem olhou-se para a família como um todo, sendo muito mais que a soma das suas partes.

Foi também respeitado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, documento que define o seu âmbito de atuação, clarifica conceitos e procede à caracterização dos cuidados de enfermagem. Deste modo, durante a prática clínica, os cuidados de enfermagem tiveram como objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social dos indivíduos/famílias.

A prática clínica pautou-se pelo respeito dos direitos humanos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Neste sentido, durante a prestação de cuidados, a mestranda procurou tratar todas as famílias com dignidade e respeito, evitando quaisquer formas de discriminação ou humilhação. Evitou tratar cada um dos seus membros de forma impessoal, dirigindo-se a cada um deles pelo próprio nome, respeitando as suas preferências e decisões. Defendendo que todo o indivíduo/família tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, em momento algum foram prestados cuidados que violassem esses direitos.

Durante a prática clínica foram construídas estratégias de resolução de problemas em parceria com as famílias para dar resposta às suas necessidades. Neste sentido, face aos diagnósticos de enfermagem realizados, as intervenções a implementar foram planeadas em parceria com o utente/família. Todas as decisões tomadas durante a prática clínica tiveram em conta duas componentes, por um lado o conhecimento teórico e por outro a experiência proveniente da prática de enfermagem.

Durante o estágio, a mestranda teve oportunidade de participar ativamente no processo de decisão em equipa, sobretudo, na elaboração dos planos de cuidados às famílias, envolvendo por vezes, não só a EOC, mas também a respetiva médica de família. A tomada de decisão em equipa permitiu o planeamento de um conjunto de intervenções centradas na família,

resultando numa prestação de cuidados de qualidade e em ganhos para a saúde, principalmente em contextos complexos.

Todas as atividades descritas anteriormente contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, procedeu-se à caracterização das famílias inscritas no ficheiro da EOC, o que permitiu direcionar os cuidados de enfermagem de acordo com as famílias existentes no ficheiro, antecipar potenciais problemas e atuar precocemente, o que demonstrou dinamismo no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na área da governação clínica.

O plano de melhoria contínua da USF envolvia a área da Diabetes, devido ao aumento exponencial de novos diagnósticos. A título preventivo, e no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados foi desenvolvido um folheto (Apêndice 1) em parceria com uma colega de mestrado sobre a prevenção da Diabetes em famílias com pelo menos um elemento diabético. O objetivo era promover estilos de vida saudáveis nestas famílias, prevenindo o aparecimento da doença nos outros elementos.

Rumo à melhoria contínua da qualidade, foi realizada uma formação em serviço para todos os enfermeiros da USF sobre instrumentos de avaliação familiar (Apêndice 2). Esta atividade teve como objetivo aprofundar os conhecimentos dos profissionais sobre a temática, capacitá-los quanto ao local e ao modo de documentação no SClinico, e reforçar a importância dos registos em saúde familiar. A necessidade desta formação deveu-se à escassez de registos efetuados nos processos familiares. De referir que no final da prática clínica, a totalidade dos enfermeiros da USF já procediam à documentação dos instrumentos de saúde familiar no sistema informático.

A realização do estudo de investigação, apresentado detalhadamente no capítulo seguinte, permitiu identificar oportunidades de melhoria na prática clínica. Pretende-se agora, divulgar os resultados a toda a equipa multidisciplinar e construir um projeto de melhoria contínua, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a todos os casais “primíparos” com filhos até aos dezoito meses, facilitando o processo de transição destas famílias.

A partir das avaliações familiares realizadas, a mestranda apercebeu-se que a maioria dos casais primíparos em transição para a parentalidade, tinham como diagnóstico de enfermagem, a satisfação conjugal não mantida. Neste sentido, optou-se por realizar uma

formação intitulada de *Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade* para toda a equipa de enfermagem (Apêndice 3).

De acordo com o Despacho n. 9390/2021 de setembro (2021), que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a adoção de estratégias capazes de diminuir a ocorrência de incidentes nos sistemas de saúde é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados. Neste sentido, durante a prática clínica, procedeu-se à identificação inequívoca do utente, à administração segura de vacinas e outros fármacos e à realização de ensinamentos sobre a prevenção de quedas e de úlceras por pressão. Para além disso, incentivou-se as famílias e os profissionais da USF à utilização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Segurança do Doente (plataforma NOTIFICA), para notificar eventos relacionados com a segurança do utente na prestação de cuidados.

O cálculo das dotações seguras, apresentado no capítulo anterior, permitiu à mestranda colaborar na gestão do risco a nível institucional, alertando a EOC para a carência de recursos humanos e para a importância de respeitar os rácios dos enfermeiros de acordo com a legislação em vigor.

Durante a prática clínica foram adotadas uma série de medidas no sentido de prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente a correta higienização das mãos, a correta utilização do equipamento de proteção individual e a gestão adequada de resíduos. De referir que, a adoção destas medidas contribuiu para a saúde, quer das famílias, quer dos profissionais.

Todas as atividades anteriormente descritas no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

No domínio da **gestão dos cuidados**, foram várias as atividades desenvolvidas que promoveram a aquisição e o desenvolvimento das competências pertencentes a este domínio. Entre elas, demonstrou-se disponibilidade para prestar assessoria aos enfermeiros da USF, bem como a toda a equipa, partilhando com eles uma série de conhecimentos atuais e baseados na evidência científica, tendo sido abordados temas como, a satisfação conjugal, a importância dos instrumentos de avaliação familiar, a transição para a reforma, entre outros.

Durante a componente clínica, a mestranda teve oportunidade de colaborar nas decisões da equipa de saúde, sobretudo nas decisões tomadas pela equipa nuclear acerca dos cuidados às famílias. De referir que o seu envolvimento teve por base os conhecimentos teóricos adquiridos durante o mestrado, bem como a unicidade de cada família.

No sentido de gerir eficazmente os cuidados de enfermagem, a mestranda procurou aprofundar os conhecimentos acerca da família alvo de cuidados e suportar-se da teoria e da evidência para uma tomada de decisão personalizada e que melhor atribuísse resposta às necessidades das mesmas. Consciente da complexidade desta atividade e da importância que assume para o sucesso na prestação de cuidados, foi demonstrado empenho no desenvolvimento da mesma.

De acordo com o Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), o enfermeiro especialista, "(...) adequa os recursos às necessidades de cuidados" (p.4748). Tendo em consideração o documento supracitado, a mestranda procurou aplicar a legislação, as políticas e os procedimentos de acordo com as necessidades de cada família, dotando-as das "ferramentas" necessárias para suprir as suas necessidades. Neste sentido, foram realizados ensinamentos acerca dos direitos durante a gravidez; dos apoios e direitos parentais após o nascimento dos filhos; da legislação existente acerca do cuidador informal, entre outros. Para tal, foi fundamental o conhecimento adquirido na componente teórica do mestrado, bem como a pesquisa efetuada durante a componente clínica.

Durante a prática clínica, foi utilizado o método de trabalho em equipa, à semelhança da metodologia utilizada na USF, procurando exercer funções em articulação com a médica de família, com a assistente técnica e, sempre que necessário, com a outra equipa nuclear com a qual se trabalhava em espelho.

De acordo com King et al. (2015), o método de trabalho em equipa foi concebido para tirar partido das qualificações e competências dos vários elementos da equipa, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para o bem-estar das famílias (Parreira et. al., 2022).

Segundo o autor supracitado, este método de trabalho promove a sensação de segurança nas famílias, favorece um atendimento personalizado e promove a comunicação em equipa.

Durante a prática clínica na USF, foram utilizados os recursos disponíveis de forma eficiente, tendo em conta as necessidades de cada família. Neste sentido, sempre que os cuidados exigiam outro nível de diferenciação, foi realizada a respetiva referenciação (consulta externa, serviço social, entre outros).

De acordo com Silva et al. (2023), a liderança é a capacidade para influenciar o trabalho em equipa e mediar conflitos. Um bom líder é capaz de orientar os profissionais, inspirar

entusiasmo, tornar o trabalho interessante, e solicitar a sua opinião sempre que necessário (Carnegie, 2024).

No decorrer do estágio foram desempenhadas funções de liderança durante a prestação de cuidados à família. Foi abordada esta temática com a EOC, refletindo sobre a importância da liderança nas equipas de saúde. Um líder bem-sucedido, consegue motivar a equipa a trabalhar mais e melhor, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados.

É competência do enfermeiro especialista adaptar a liderança em função do local de trabalho. Para tal, procurou-se conhecer com exatidão as funções de todos os membros da equipa da USF, pois só deste modo é possível conseguir-se uma boa liderança, permitindo em função das necessidades da família e da USF, uma melhor gestão dos recursos. Conhecer, por exemplo, o grau de diferenciação de cada membro da equipa, permite que, em caso de necessidade, se solicite o parecer desse mesmo profissional, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Durante todo o percurso, promoveu-se um ambiente positivo e favorável à prática, reconhecendo o trabalho desenvolvido na USF, valorizando o desempenho dos profissionais, promovendo o envolvimento das famílias nos cuidados e mostrando disponibilidade para colaborar com toda a equipa.

Todas as atividades descritas no domínio da gestão dos cuidados, contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: “Gere os cuidados em enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; e, “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

No domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o enfermeiro especialista baseia a prática em evidência científica e revela autoconhecimento e assertividade (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A fim de obter consciência de si, a mestrande procurou reconhecer os seus recursos e limites, através períodos de reflexão. No que diz respeito aos recursos, destacaram-se a facilidade na adaptação a mudanças, a proatividade, a persistência e a capacidade para manter a calma sob pressão. Quanto às limitações, destacaram-se a falta de autoconfiança e o cansaço, fatores que poderiam ter influenciado negativamente a prestação de cuidados, culminando em dificuldades na tomada de decisões, na expressão de opiniões e em défices de concentração.

Após identificar as limitações supracitadas, foram adotadas diversas estratégias para as superar. Neste sentido, para ultrapassar a falta de autoconfiança procurou-se aprofundar

conhecimentos no âmbito da área de especialidade, desviar o foco do medo de errar e procurar apoio junto de pessoas motivadoras. Para superar o cansaço, procurou-se realizar diariamente uma lista de tarefas, priorizando as urgentes, recusar educadamente funções adicionais que ultrapassassem as capacidades individuais e delegar tarefas que pudessem ser desempenhadas por familiares ou amigos.

Tornou-se evidente que as características individuais (personalidade, valores, crenças) influenciavam as relações profissionais, uma vez que determinavam a forma de agir, de pensar e de se relacionar com os outros. Assim, ter consciência de si permitiu à mestranda alterar os seus comportamentos, facilitando o trabalho em equipa.

No que diz respeito à gestão de conflitos, foram reconhecidas e antecipadas situações de conflitualidade, evidenciadas através de palavras ríspidas, de irritabilidade e da falta de colaboração em equipa. Perante essas situações foram aplicadas técnicas de resolução de problemas, tais como a escuta ativa, a identificação da causa do conflito, a procura de soluções e a manutenção do foco no futuro.

Pode referir-se como exemplo, um momento de tensão decorrente da discordância de uma das intervenções propostas pela mestranda e pela EOC, o que levou o casal a exaltar-se e a assumir uma comunicação mais agressiva, tendo sido necessário adotar as técnicas anteriores, mediando deste modo o conflito existente.

Rumo à qualidade dos cuidados, assumiu-se o papel de agente facilitador da aprendizagem ao atuar como formadora durante a prática clínica. Numa primeira fase, foram identificadas as necessidades formativas, procedendo-se posteriormente à gestão do respetivo programa em colaboração com a EOC e com a Professora Orientadora.

Decorrente de um momento de partilha com a EOC sobre a funcionalidade da família na doença crónica, foi percecionada a necessidade de estender este tema a toda a equipa de enfermagem. Neste sentido, em colaboração com uma colega de mestrado, que também se encontrava a realizar a prática clínica na mesma instituição, foi realizada uma formação em *PowerPoint* intitulada de “*Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença Crónica – Diabetes Mellitus tipo 2*” (Apêndice 4).

Para além desta, foram realizadas outras duas formações, uma sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade e outra sobre instrumentos de avaliação familiar, conforme já referido anteriormente. Embora o seu impacto não tenha sido avaliado através de questionários de satisfação, o *feedback* da equipa de enfermagem e da professora orientadora permitiu reconhecer o contributo positivo destas atividades.

Adicionalmente, foram abordados diversos temas de enfermagem de saúde familiar com as estudantes de licenciatura, promovendo, deste modo, o aprofundamento dos seus conhecimentos e a articulação entre a teoria e a prática clínica. Esta atividade permitiu, uma vez mais, assumir o papel de agente facilitador da aprendizagem, competência inerente ao desempenho enfermeiro especialista.

Durante a prática clínica, verificou-se a utilização excessiva de dispositivos móveis (telemóvel e tablet), sobretudo em famílias com filhos pequenos. Desde a sala de espera até à entrada no gabinete de enfermagem, crianças e pais, faziam-se acompanhar por estes dispositivos, utilizando-os para as mais variadas finalidades. Ciente de que, para além das vantagens, as tecnologias de informação e comunicação (TIC) expõe crianças e famílias a uma multiplicidade de riscos, decidiu-se, reforçar a abordagem a esta temática nas consultas de saúde infantil e juvenil bem como realizar um panfleto com as vantagens, desvantagens/riscos e com algumas recomendações para as famílias (Apêndice 5).

Com o intuito de celebrar o Dia Internacional da Família, foi desenvolvida uma atividade, em parceria com a colega de mestrado com o objetivo de, por um lado conhecer, a perceção das famílias acerca do enfermeiro de família, por outro, despertar para o conceito de saúde familiar e dar a conhecer a importância do EEECAESF. Neste sentido, foi realizado um cartaz (Apêndice 6), onde se encontrava uma árvore desenhada, solicitando a cada família que, escrevesse por poucas palavras o que era para si o enfermeiro/a de família. Posteriormente, foi abordado o conceito de saúde familiar e a importância do EEECAESF, atuando assim como formadora oportuna.

Durante a prática clínica, foram aprofundados conhecimentos na área da especialidade, facilitando a aprendizagem e a aquisição de competências. Neste sentido, procedeu-se à revisão do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, dos Programas de Saúde Prioritários (tais como, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Prevenção e Controlo do Tabagismo, Diabetes, Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Saúde Mental, entre outros) e dos restantes Programas Nacionais de Saúde (tais como, o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, de Vacinação, de Saúde Sexual e Reprodutiva, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, entre outros). Foram também revistos outros conteúdos lecionados na componente teórica do mestrado, destacando-se os instrumentos de avaliação familiar, as técnicas de intervenção ativa e internacionais, os tipos de transições, as tarefas inerentes a cada etapa do ciclo vital das famílias, entre outros.

De referir que, para aceder a todos os documentos consultados durante o estágio, foi utilizada a pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, recorrendo-se frequentemente a bases de dados académicas, como a *Elton Bryson Stephens Company* (EBSCO). Foi também utilizada a pesquisa documental através da consulta de documentos legislativos (Leis, Decretos-Lei, Despachos e Regulamentos) e de fontes institucionais, nomeadamente da DGS, por exemplo.

Com o objetivo atuar como dinamizadora e gestora da incorporação de novos conhecimentos, participou-se em diversos eventos formativos, permitindo sustentar a prática clínica em evidência científica. Neste sentido, destacam-se as seguintes formações:

- “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Família e Mudanças Demográficas”, realizado no dia 15 de maio de 2023, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo 1);
- “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”, nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, em formato *online* nos Açores (Anexo 2);
- “III Convenção Internacional dos Enfermeiros” no dia 21, 22 e 23 de novembro de 2024, em formato presencial, em Fátima (Anexo 3);
- “*1st International Congress of Family Health*” realizado no dia 7 e 8 de fevereiro de 2025, em formato *online*, em Aveiro (Anexo 4);
- “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”, nos dias 29,30 e 31 de maio de 2025, em formato *online*, na cidade do Porto (Anexo 5).

Para além desta atividade, a mestranda organizou os resultados provenientes de investigações recentes, contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento na área da enfermagem de saúde familiar e para uma prestação de cuidados baseada na evidência científica. Neste sentido foram realizados os seguintes pósteres:

- “A Comunicação sobre Sexualidade com Filhos Adolescentes” no XV Encontro do Dia Internacional da família: Família e Mudanças Demográficas (Anexo 1) (Apêndice 7);
- “A Sexualidade em Famílias Idosas” no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo 5) (Apêndice 8).

As experiências vivenciadas durante a primeira parte da prática clínica permitiram identificar uma problemática que serviu de mote para a realização de um estudo de investigação. Atuar como investigadora revelou-se um desafio, dada a reduzida experiência da mestranda, mas também uma um processo enriquecedor, na medida em que possibilitou o desenvolvimento do interesse por esta área.

Ao longo do estudo, foram analisados os resultados obtidos e discutidas as suas implicações para a enfermagem de saúde familiar. Pretende-se que os mesmos sejam apresentados durante a defesa do relatório final de estágio e que, numa fase posterior, venham a ser publicados em revistas científicas e apresentados em congressos, contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento e da prática clínica na respetiva área de especialidade.

Pretende-se ainda elaborar um projeto de melhoria contínua, contribuindo para a formulação e implementação de padrões e procedimentos na prática clínica. De referir que, também as formações ministradas aos enfermeiros da USF, contribuíram para padronização de procedimentos, na medida em que o acesso à mesma informação, leva a uma uniformização das práticas.

Por fim, todas as atividades descritas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências comuns do enfermeiro especialista: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; e, “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”.

De seguida, serão abordadas as atividades desenvolvidas durante a prática clínica que permitiram desenvolvimento das competências específicas do EEECAESF.

2.2 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEECAESF assegura o acompanhamento especializado às famílias, atuando na promoção, manutenção e recuperação dos seus processos de saúde (Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho, 2015).

Este profissional apresenta um conjunto de conhecimentos aprofundados no domínio da respetiva área de especialidade e demonstra elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão face às respostas da família aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, traduzidos num conjunto de competências específicas.

Entende-se por competências específicas, aquelas que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde no campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A aquisição destas competências foi realizada a partir do desenvolvimento de um conjunto de atividades durante a prática clínica, tendo por base os referenciais teóricos e operacionais inerentes à enfermagem de saúde familiar.

A enfermagem de saúde familiar é uma área específica da enfermagem, dotada de conhecimentos próprios e que se tem desenvolvido a partir de teorias, modelos e da investigação, evidenciando a família como objeto de estudo (Figueiredo, 2012).

A Teoria Geral dos Sistemas, introduzida em 1936 por Von Bertalanffy, é considerada a mais importante para o estudo das famílias, representando uma mudança de paradigma. À luz desta teoria, a família é entendida como um sistema, o que permite compreendê-la enquanto unidade e, conseqüentemente, colocar o foco na interação entre os seus elementos e não no seu estudo individual (Wright & Leahey, 2011).

De acordo com as autoras supracitadas, a Teoria Geral dos Sistemas aborda um conjunto de pressupostos que servem de fundamento teórico para a prestação de cuidados às famílias. Partindo do conceito de hierarquia dos sistemas, a família é um sistema, constituído por múltiplos subsistemas e que se encontra integrado em subsistemas mais amplos, os suprassistemas. Enfatizando a totalidade, a família é maior que a soma das suas partes. Uma mudança num elemento afeta todos os outros membros da família. O conceito de coexistência de mudança e estabilidade, pressupõe que a família é capaz de criar um equilíbrio entre a mudança e estabilidade.

À luz da Cibernética, o sistema familiar tem a capacidade de se autorregular, ou seja, de manter o equilíbrio e de se adaptar a mudanças internas ou externas, através de mecanismos de retroalimentação positiva e negativa (Wright & Leahey, 2011). Na retroalimentação negativa, o sistema responde a uma mudança tentando neutralizá-la, com o intuito de manter o seu equilíbrio ou estabilidade, conduzindo a mudanças pouco significativas. Por outro lado, na retroalimentação positiva, o sistema responde à mudança, reforçando ou amplificando as mudanças iniciais, conduzindo-o à transformação (Figueiredo, 2023d).

A comunicação refere-se a todo e qualquer comportamento, seja ele verbal, não verbal e para-verbal (engloba vocalizações, tais como suspiros, grunhidos, entre outros) (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993 conforme citado por Alarcão 2006).

De acordo com a Teoria da Comunicação Humana, desenvolvida por Paul Watzlawick, todo o comportamento é comunicação, pelo que é impossível não comunicar. Uma comunicação funcional tem a capacidade de unir os parceiros comunicacionais. Por sua vez, uma comunicação disfuncional afasta-os e cria entre eles um sentimento de incompreensão e ressentimento (Alarcão 2006).

A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária, aponta a Teoria das Transições, como um dos referenciais teóricos fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde familiar (OE, 2023).

Proposta por Afaf Meleis, a Teoria das Transições defende que a família passa por vários períodos de transição ao longo do ciclo vital (Schumacher & Meleis, 2010).

As transições correspondem a mudanças no estado de saúde, nos papéis, nas expectativas ou nas habilidades, obrigado à incorporação de novos conhecimentos e a uma alteração de comportamentos (Meleis, 1991 conforme citado por Schumacher & Meleis, 2010). Estas, podem ser simples ou múltiplas, dependendo do número de transições que a família vivencie; sequenciais ou simultâneas, se ocorrem em intervalos de tempo diferentes, ou ao mesmo tempo; e, relacionadas ou não relacionadas (Meleis et al., 2010).

De acordo com Schumacher e Meleis (2010), existem quatro tipos de transição: de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais. As de desenvolvimento, também designadas de transições normativas, correspondem a um conjunto de mudanças previsíveis que ocorrem ao longo do ciclo vital. As situacionais estão relacionadas com mudanças nas relações pessoais, nos papéis e estatutos, no ambiente, nas capacidades físicas e mentais, bem como na perda de bens. Inclui-se nesta transição, a adição ou perda de um membro da família e a imigração. A transição saúde/doença consiste na mudança do estado de saúde ou em situações de doença. Implica passar a viver com uma doença crónica ou com o agravamento do estado de saúde. Já a transição organizacional está relacionada com as alterações ambientais que influenciam a vida da família (alterações na liderança, implementação de novas políticas ou práticas).

As teorias e os modelos de enfermagem permitem compreender e dar sentido à prática do EEECAESF, assegurando um exercício profissional fundamentado nos pressupostos científicos e filosóficos definidos por cada autor (OE, 2023).

De acordo com Figueiredo (2012), surgiram vários modelos centrados na família enquanto unidade e alvo dos cuidados de enfermagem. Entre eles encontram-se o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF), o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

O MCAF, desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, permite um olhar sistémico sobre as famílias, enraizando-se conceptualmente na Teoria dos Sistemas, da Cibernética, da Comunicação e da Mudança. É influenciado pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição. Permite avaliar a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento das famílias. A dimensão estrutural permite avaliar a estrutura interna, externa e o contexto das famílias; a dimensão de desenvolvimento permite avaliar os estágios, as tarefas e os vínculos afetivos; por último, a dimensão funcional engloba a avaliação instrumental (atividades de vida diária) e a expressiva (comunicação, a solução de problemas, papéis, crenças, alianças e uniões, e

influência e poder). Ao aplicar este modelo, cabe ao enfermeiro especialista, decidir quais as subcategorias a avaliar nas famílias em cada momento (Wright & Leahey, 2011).

Desenvolvido também pelas autoras supracitadas, o MCIF está associado ao MCAF. Trata-se de um modelo de intervenção alicerçado nos pontos fortes e orientado para a resiliência. É uma estrutura teórica que realiza a interseção entre os domínios do funcionamento (cognitivo, afetivo e comportamental) com as intervenções familiares.

De acordo com a OE (2023), a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária, reconhece o MCAF e o MCIF, como modelos teóricos a adotar para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde familiar.

Alicerçado MCAF, no MCIF, nos pressupostos fundamentais do pensamento sistémico e na prática clínica dos enfermeiros, foi desenvolvido por Figueiredo, o MDAIF, um modelo concebido para dar resposta às necessidades sentidas pelos enfermeiros portugueses no âmbito dos cuidados prestados às famílias (Figueiredo, 2023c).

Entendido como um referencial teórico e operativo, o MDAIF permite avaliar as famílias de acordo com três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). Trata-se de um modelo que orienta para a formulação de diagnósticos através da colheita de dados e da sua interpretação numa perspetiva colaborativa. Propõe também um conjunto de intervenções que permitem ao enfermeiro definir, em conjunto com a família, aquelas que melhor se ajustam face à unicidade de cada uma delas (Figueiredo, 2023c).

É reconhecido pela *International Family Nursing Association* (IFNA), como um modelo a utilizar para a prática clínica de enfermagem de família, tal como o MCAF, o MCIF e o Cuidar Baseado nas Forças, por exemplo (IFNA, 2015).

A forças incluem as qualidades internas da pessoa ou unidade bem como os recursos externos que estas possuem. O cuidar baseado nas forças é uma abordagem centrada nas potencialidades da pessoa e da família a fim de promover a sua saúde, recuperação e cura. Para tal, é fundamental procurá-las, identificar as que se encontram disponíveis, as que podem ser mobilizadas e as que precisam de ser desenvolvidas (Gottlieb, 2016).

O conhecimento dos modelos e teorias em enfermagem supracitados permitiram à mestranda orientar a prática clínica, a tomada de decisão e o raciocínio crítico, fornecendo uma base científica e filosófica para uma prestação de cuidados consciente, segura e fundamentada, o que por sua vez, facilitou o desenvolvimento das competências do EEECAESF.

São competências do EEECAESF **“Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de**

prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19355).

A fim de adquirir a primeira competência supracitada, foram desenvolvidas várias atividades ao longo da prática clínica. Entre elas, destaca-se a participação em consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, de saúde materna, em consultas de saúde sexual e reprodutiva, de vigilância de diabetes e/ou hipertensão, entre outras.

Durante o desenrolar das mesmas, a mestranda procurou integrar a prestação de cuidados à família enquanto unidade, o que se revelou um processo complexo e bastante desafiador, quer pela escassez de tempo destinado para cada consulta, quer pelo facto de se encontrarem organizadas de acordo com os programas de saúde, o poderá retirar o foco das necessidades reais da família e condicionar a prática do enfermeiro especialista. Neste sentido, seria benéfico, por exemplo, a existência de uma consulta de saúde familiar, com foco na família, utilizando os programas de saúde como suporte e não o contrário.

A fim de promover a qualidade dos cuidados prestados, foi estabelecida uma relação terapêutica com as famílias, facilitando a partilha dos seus problemas e o seu envolvimento no processo de cuidados. Neste sentido, estas foram sempre abordadas com disponibilidade e criatividade, utilizando estratégias flexíveis e personalizadas para as envolver no processo de cuidados, mesmo perante obstáculos de natureza cultural ou emocional. Para além disso, promoveu-se o diálogo e a escuta ativa, evitando juízos de valor.

De referir que as atividades supracitadas, vão ao encontro da unidade de competência **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357).

Durante a prestação de cuidados, foi utilizado um pensamento sistemático e crítico, que permitisse uma melhor compreensão da família bem como uma identificação mais precisa e fundamentada dos focos de enfermagem de saúde familiar. Para tal, foi utilizado o MDAIF, parametrizado no SClinico, respeitando as etapas do processo de enfermagem (colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação).

De acordo com Ribeiro et al. (2018), o processo de enfermagem permite uma prática sistematizada e intencional, respondendo às necessidades do cliente de forma personalizada e segura. É constituído por um conjunto de etapas distintas, interdependentes e interrelacionadas (Santos et al., 2017).

A matriz operativa do MDAIF permite a interligação com processo de enfermagem e tem como objetivo capacitar a família para possíveis mudanças no seu funcionamento cognitivo, afetivo

e comportamental, evoluindo de estadios de menor complexidade para estadios de maior complexidade (Figueiredo, 2012).

De referir que, durante as consultas de enfermagem à família, os planos de cuidados foram sempre realizados em colaboração com as mesmas, procurando tomar decisões com elas e nunca decidir por elas. Esta abordagem, permitiu não só respeitar a sua autonomia, como também valorizar os seus conhecimentos sobre a sua própria realidade, o que favoreceu uma maior adesão aos cuidados bem como o sucesso dos mesmos.

Importa salientar que as atividades anteriormente descritas se articulam com a unidade de competência **“Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357).

Durante a prática clínica, foi utilizada a entrevista familiar sistémica, que segundo Sequeira et al. (2023), permite a recolha de informação, fornecendo dados fundamentais para um diagnóstico do domínio familiar. Para além disso, oferece à família a possibilidade de partilhar as suas experiências, preocupações e problemas.

A entrevista familiar sistémica é constituída por quatro etapas, acolhimento, avaliação, intervenção e finalização (Wright & Leahey, 2011). Tem como princípios: a hipotetização, ou seja, a formulação da hipótese que pode ser ajustada ou reformulada com base nas informações recolhidas e validadas pela família; a circularidade que consiste na capacidade para conduzir a entrevista com base nas interações observadas e nas respostas obtidas; e, a neutralidade, que corresponde à atitude de imparcialidade por parte do profissional que a conduz (Figueiredo, 2023e).

Atendendo a estes princípios, foi identificada a estrutura familiar, a sintomatologia e os riscos que pudessem afetar a saúde das famílias. Procurou-se integrar informações provenientes da comunicação verbal e não verbal, tais como, a posição que ocupavam dentro do gabinete, expressões faciais, o olhar, e o tom de voz. Foi também possível, identificar as crenças e culturas familiares, evitando intervenções que pudessem ser mal interpretadas ou rejeitadas pela família, bem como identificar os seus pontos fortes, utilizando-os como recursos internos para enfrentar desafios e apoiar nos processos de mudança.

Relativamente à **dimensão estrutural**, foram avaliadas 58 famílias, tendo em conta a composição familiar, o tipo de família, os sistemas mais amplos, a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento e o animal doméstico.

De acordo com Figueiredo (2012), a composição familiar “agrega a informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos elementos, o vínculo entre os mesmos, datas de nascimento e outros dados considerados relevantes para a compreensão da estrutura

familiar” (p.73). Entre esses dados, destacam-se os óbitos, os divórcios, novos casamentos, nascimentos, adoções e a identificação da ordem de nascimentos (Figueiredo, 2012).

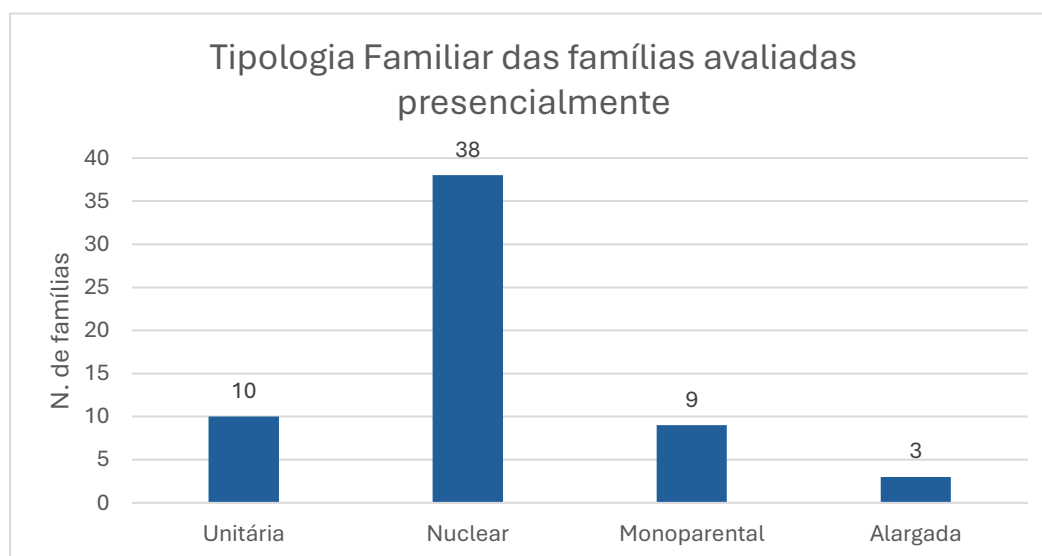
Para avaliar a composição familiar foi utilizado o Genograma. A elaboração deste instrumento revelou-se bastante útil, uma vez que permitiu uma visão rápida sobre a composição familiar, perceber as relações existentes entre os seus membros, identificar forças e os recursos da família, os problemas de saúde e a eventual repetição de padrões intergeracionais. Em apêndice encontra-se um dos Genogramas realizados durante a prática clínica (Apêndice 9).

Para avaliar os sistemas mais amplos, que de acordo com Figueiredo (2012), incluem as “interações sociais entre os contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família extensa” (p. 74), foi realizado o Ecomapa. No Apêndice 10, encontra-se representado um dos Ecomapas realizados.

Dos resultados obtidos quanto ao tipo de família, prevalecem as famílias nucleares (n=38), seguindo-se as famílias unitárias (n=10), as monoparentais (n=9) e, por fim as alargadas (n=3) (Figura 9).

Figura 9

Tipologia familiar das famílias avaliadas presencialmente

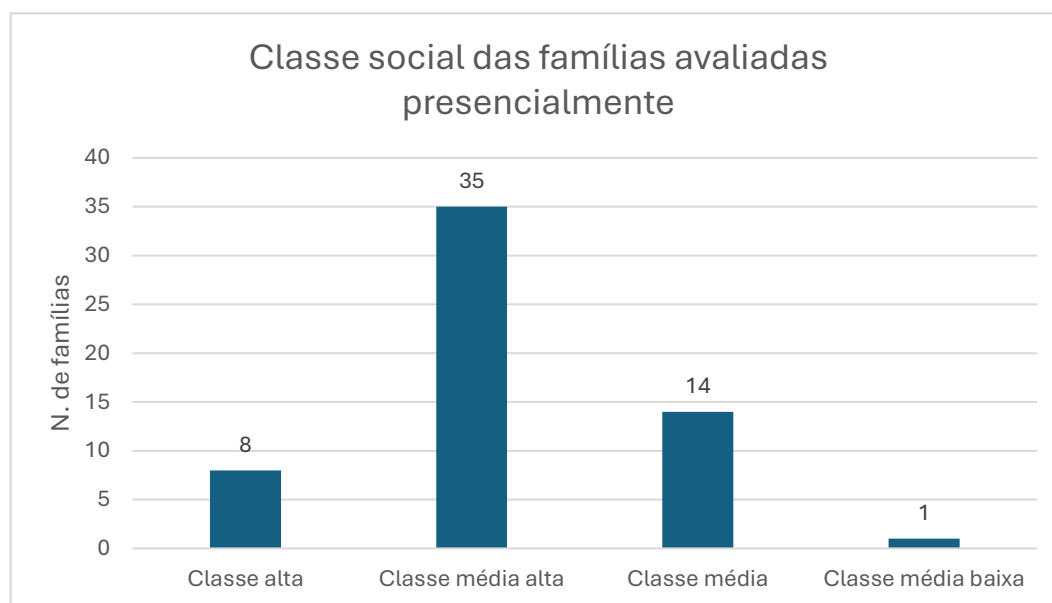


A classe social permite compreender os recursos e os fatores de *stress* da família que possam estar relacionados a aspetos económicos, de instrução, ao grupo profissional e ao contexto residencial (Figueiredo, 2012). Neste sentido, para avaliar as condições socioeconómicas das famílias, foi aplicada a escala de Graffar Adaptada.

Na Figura 10, encontram-se os resultados obtidos, verificando-se uma predominância da classe social média alta (Classe II) – 35 famílias, seguindo-se a classe social média (Classe III) – 14 famílias, a classe social alta (Classe I) – 8 famílias; e, a classe social média baixa (Classe IV) – 1 família.

Figura 10

Classe social das famílias avaliadas presencialmente



Destes resultados, contatou-se que a família pertencente à classe média baixa (Classe IV), foi classificada com grau cinco quanto à origem do rendimento familiar, pelo que foi necessário avaliar o seu conhecimento sobre a gestão do mesmo.

Tratava-se de um casal de meia-idade, sem filhos a residir em casa própria proveniente de herança familiar. A esposa era doméstica de profissão e o marido, operário fabril, encontrando-se atualmente desempregado e a receber o subsídio de desemprego. Embora sem dívidas e com carro próprio, a esposa revelou desconhecimento sobre a gestão do rendimento familiar, tendo-se identificado o diagnóstico de rendimento familiar insuficiente por alteração da dimensão conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares. A esta família foram implementadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Promover a gestão do rendimento familiar (através da realização de ensinamentos de educação financeira básica, do incentivo a hábitos de consumo responsável, e do combate ao desperdício);
- Requerer serviços sociais.

O edifício residencial confere à família abrigo e proteção. Corresponde ao espaço onde a família reside. A sua avaliação inclui aspetos relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, com o tipo de aquecimento, de abastecimento de gás e com a higiene da habitação (Figueiredo, 2012). Nesta área de atenção, as 58 famílias avaliadas não necessitaram de intervenção, apresentando um edifício residencial seguro.

O sistema de abastecimento, inclui o abastecimento de água e o tratamento de resíduos, ambos necessários para assegurar a saúde das famílias (Figueiredo, 2012). Das avaliações realizadas, nenhuma apresentou alteração nesta área de atenção, pelo que não houve necessidade de intervenção.

O animal doméstico, é entendido como “(...) qualquer animal domesticado para convívio com os seres humanos” (Figueiredo, 2012, p. 77). De acordo com a mesma autora, esta área de atenção inclui a vacinação, a desparasitação e a higiene do mesmo e dos locais circundantes. Das 58 famílias, 15 possuíam animal doméstico, pelo que, apenas estas foram avaliadas nesta área de atenção. De referir que nenhuma delas, apresentou alterações nas dimensões operativas, pelo que não se verificou necessidade de intervenção.

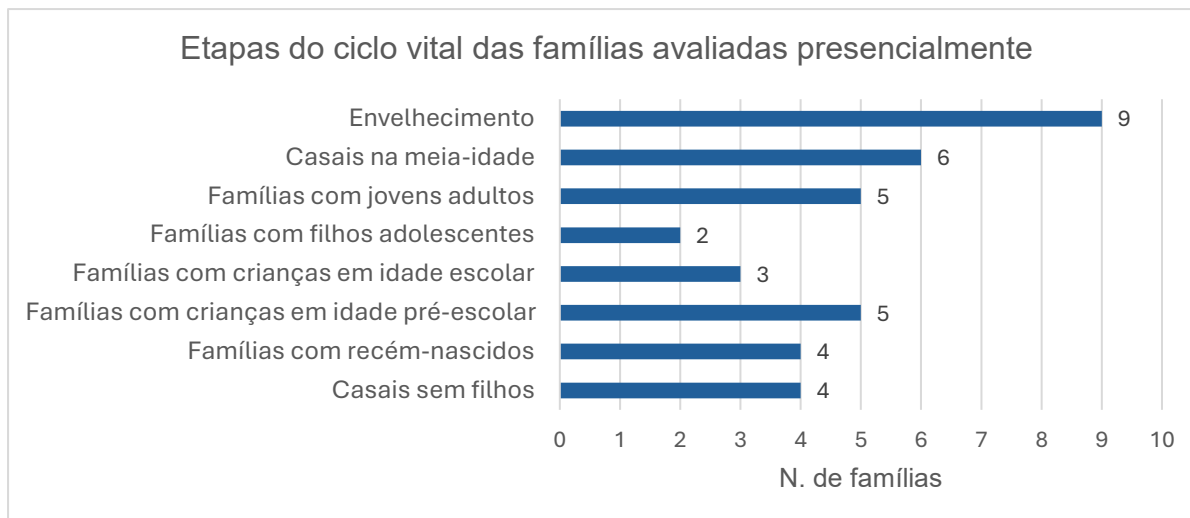
Relativamente à **dimensão de desenvolvimento**, as famílias foram avaliadas de acordo com a etapa do ciclo vital, a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental.

À semelhança do modelo utilizado para caracterizar o ficheiro da EOC, também aqui foi utilizada a classificação proposta por Duvall e Miller para classificar as famílias quanto à etapa do ciclo vital. Importa reforçar que se trata de um modelo contextualizado à época do seu surgimento, não se adaptando às circunstanciais atuais. Contudo, foi adotada esta classificação por ser aquela que se encontrava parametrizada no SCÍnico.

Na Figura 11, encontram-se representadas as etapas do ciclo vital das 38 famílias nucleares avaliadas presencialmente, das quais quatro se encontram na 1ª etapa (Casais sem filhos), outras quatro se encontram na 2ª (Famílias com recém-nascidos), cinco na 3ª (Famílias com crianças em idade pré-escolar), três na 4ª (Famílias com crianças em idade escolar); duas na 5ª (Famílias com filhos adolescentes), cinco na 6ª (Famílias com jovens adultos), seis na 7ª (Casais na meia-idade) e, nove na 8ª (Envelhecimento).

Figura 11

Etapas do ciclo vital das famílias avaliadas presencialmente



Relativamente à área de atenção *Satisfação Conjugal*, foram avaliadas as seguintes dimensões operativas: relação dinâmica do casal, comunicação do casal, a interação sexual e função sexual.

Segundo Figueiredo (2012), a *Satisfação Conjugal* refere-se "aos processos da conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória" (p.80). A conjugalidade vai-se alterando ao longo do ciclo vital. Na maioria das vezes, estas alterações devem-se ao modo como o casal se adapta às transições, quer enquanto subsistemas individuais, quer enquanto conjugues (Figueiredo, 2012).

Nesta área de atenção, foram avaliadas 38 famílias, das quais oito foram identificadas com o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida com alteração na dimensão operativa relação dinâmica disfuncional; quatro com o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida com alteração da dimensão comunicação; e uma com o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida com alteração na dimensão operativa função sexual.

Associado ao primeiro diagnóstico, importa referir que quatro dos oito casais se encontravam na 2ª etapa do ciclo vital, dois na 4ª e os restantes dois na 8ª, o que permitiu ajustar o plano de cuidados às necessidades específicas de cada família.

A sua elaboração deveu-se à insatisfação dos casais com a partilha das tarefas domésticas e com o tempo que passavam juntos. Neste sentido, foram realizadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas;

- Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas;
- Promover a comunicação do casal – através de questões estratégicas, que permitissem o confronto com a realidade, e de questões reflexivas, que proporcionassem reflexão (Figueiredo & Murteiro, 2023);
- Motivar para atividades em conjunto;
- Planear rituais terapêuticos.

Relativamente aos rituais terapêuticos, estes são entendidos como atividades simbólicas e organizadas que envolvem todos os membros da família, com o objetivo de promover uma mudança através da introdução de novas regras que substituem padrões antigos e disfuncionais. A sua prescrição permite a criação de novos padrões relacionais e deve descrever detalhadamente as ações a realizar, por quem devem ser desenvolvidas, quando e em que sequencia. Geralmente, esta técnica apela à realização de tarefas que desafiam as normas familiares rígidas, que o terapeuta identifica como potenciais fontes de disfuncionalidade familiar (Figueiredo & Dias, 2023).

Deste modo, foi validado com cada um dos membros da família, o seu comprometimento para com o ritual familiar que estariam dispostos a fazer em conjunto, tendo sido definido a atividade, o local, a hora e a periodicidade do mesmo. A uma destas famílias foi prescrito um jantar sem telemóveis, televisão ou outro tipo de distração todos os sábados, às 19:00 h, durante um mês.

Relativamente aos quatro casais com o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida com alteração da dimensão operativa comunicação, importa referir que todos eles se encontravam na 2ª etapa do ciclo vital, tendo sido implementadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Promover a comunicação do casal;
- Planear rituais terapêuticos;
- Motivar para atividades em conjunto.

A família à qual foi realizado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida com alteração da dimensão operativa função sexual encontrava-se na 7ª etapa do ciclo vital, tendo-lhe sido implementadas as seguintes intervenções, propostas por Figueiredo (2012):

- Ensinar sobre sexualidade;
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais;
- Orientar para serviços médicos.

No que diz respeito ao *Planeamento Familiar*, foram avaliadas as seguintes dimensões operativas do MDAIF: uso de contraceptivo, conhecimento sobre vigilância pré-concepcional, conhecimento sobre reprodução e fertilidade.

De acordo com Figueiredo (2012), esta área de atenção está relacionada com a decisão do casal acerca do número de filhos e do espaçamento entre eles, o que pressupõe conhecimento e acesso a métodos de planeamento familiar seguros e eficazes bem como o acesso a consultas pré-concepcionais.

Durante a prática clínica foram avaliadas seis famílias no âmbito desta área de atenção, tendo sido identificado, numa delas, o diagnóstico de planeamento familiar não eficaz por alteração da dimensão uso de contraceptivo. Tratava-se de um casal na primeira etapa do ciclo vital, ambos com 24 anos e que ainda não planeavam ser pais. Teriam trocado recentemente de método contraceptivo do preservativo para a pílula, tendo demonstrado conhecimento inadequado acerca da correta utilização deste novo método anticoncepcional. Neste sentido, foram implementadas as seguintes intervenções, sugeridas por Figueiredo (2012):

- Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos;
- Providenciar material de leitura;
- Ensinar/instruir/treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado;
- Providenciar e motivar para o uso de contraceptivos.

As restantes dimensões operativas desta área de atenção, não se encontravam alteradas, pelo que não houve necessidade de intervenção.

A *Adaptação à Gravidez* é entendida por Figueiredo (2012), como um período que pressupõe a adaptação às mudanças físicas e ao ajuste de papéis na estrutura familiar, abrindo progressivamente espaço para a criança que vai nascer. Refere-se às atitudes que se manifestam em comportamentos de adaptação, com base nas expectativas construídas em conjunto a partir do modelo parental em definição. Inclui as seguintes dimensões operativas: conhecimento, comunicação e comportamentos de adesão.

Durante as consultas de enfermagem de saúde materna, foram avaliadas oito famílias nesta área de atenção, estando presentes ambos os elementos do casal. Numa delas, foi realizado o diagnóstico de adaptação à gravidez não adequada com alteração na dimensão operativa conhecimento.

Tratava-se de uma primeira gestação (10 semanas) em que o casal desconhecia os direitos sociais na gravidez e na maternidade/paternidade, o desenvolvimento fetal, a vigilância de

saúde durante esse período e a nova etapa do ciclo vital. Face ao exposto, foram implementadas as seguintes intervenções propostas por Figueiredo (2012):

- Informar o casal sobre os direitos sociais na gravidez, maternidade e paternidade;
- Ensinar sobre a nova etapa do ciclo vital (2ª etapa do ciclo vital);
- Informar sobre a vigilância de saúde na gravidez;
- Ensinar sobre o desenvolvimento fetal.

As restantes dimensões da *Adaptação à Gravidez* não se encontravam alteradas, pelo que não houve necessidade de intervenção.

De acordo com Figueiredo (2012), o *Papel Parental* diz respeito ao “padrão de interação, que integra o conhecimento e a aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitem a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança” (p.85). Inclui as seguintes dimensões operativas: conhecimento do papel parental, os comportamentos de adesão e o consenso do papel.

Esta área de atenção foi avaliada sobretudo durante as consultadas de enfermagem de saúde infantil e juvenil. No total, foram avaliadas 14 famílias, das quais duas apresentaram o diagnóstico de papel parental não adequado por alteração da dimensão do conhecimento do papel parental, e uma apresentou o diagnóstico de papel parental não adequado por alteração da dimensão comportamentos de adesão. Não foram identificadas alterações na dimensão operativa consenso do papel pelo que não houve necessidade de intervenção.

Importa referir que os casais com o diagnóstico de papel parental não adequado por alteração da dimensão do conhecimento do papel parental se encontravam na 2ª etapa do ciclo vital. Um desses casais tinham sido pais pela primeira vez há cinco dias, desconhecendo os cuidados ao recém-nascido. O outro, com um filho com seis meses, apresentou um conhecimento não demonstrado relativamente à prevenção de acidentes e à alimentação/hidratação da criança.

Face a este diagnóstico foram planeadas e implementadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- **Casal com filho recém-nascido:**
 - ✓ Ensinar/instruir/treinar os pais sobre os cuidados com o coto umbilical, a higiene e o posicionamento adequado do recém-nascido;
 - ✓ Ensinar os pais sobre aleitamento materno, as características das dejeções e a perda de peso fisiológica do bebé;

- ✓ Ensinar os pais sobre vigilância de saúde e as características do recém-nascido.
- ✓ Instruir os pais sobre técnica de aleitamento materno.
- **Casal com filho de seis meses:**
 - ✓ Ensinar/instruir/treinar os pais sobre o padrão alimentar adequado à criança;
 - ✓ Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança;
 - ✓ Ensinar sobre prevenção de acidentes.

É de referir que a família com o diagnóstico de papel parental não adequado por alteração da dimensão operativa comportamentos de adesão, se encontrava na 5ª etapa do ciclo vital. Neste sentido, foram realizadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente;
- Motivar os pais para a importância de regras estruturantes;
- Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigos e sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do mesmo;
- Promover a comunicação familiar;
- Elogiar as forças da família.

Relativamente à **dimensão funcional**, as famílias foram avaliadas tendo em conta as seguintes áreas de atenção: *Papel Prestador de Cuidados e Processo Familiar*.

Segundo Figueiredo (2012), o papel prestador de cuidados “(...) corresponde ao padrão interacional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem da sua situação de doença” (p.93). Esta área de atenção integra as seguintes dimensões operativas: comportamentos de adesão, conhecimento, consenso, conflito e saturação do papel.

O *Papel Prestador de Cuidados* foi avaliado a três famílias com membro dependente durante as consultas de enfermagem de diabetes e hipertensão, tendo sido identificado o diagnóstico de papel prestador de cuidados não adequado com alteração da dimensão operativa conhecimento do papel, a uma família.

Face ao primeiro diagnóstico, foram implementadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Ensinar o prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência nos autocuidados;
- Ensinar, instruir e treinar o prestador nos autocuidados;
- Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de administração de medicamentos.

Para aferir a sobrecarga do cuidador informal, foi aplicada a estas famílias a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira em 2007, esta escala permite identificar e monitorizar a sobrecarga em relação à prestação de cuidados (Apóstolo, 2012). De acordo com os resultados obtidos, uma das famílias apresentou sobrecarga ligeira.

Após a avaliação desta dimensão foi identificado o diagnóstico de papel prestador de cuidados não adequado por alteração da saturação do papel, tendo sido realizadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Promover estratégias de *coping* para o papel;
- Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;
- Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família.

Para além destas intervenções, foram identificados os pontos fortes da família, efetuado um pedido de ingresso da pessoa dependente na RNCCI para descanso do cuidador e aplicado o reenquadramento.

O reenquadramento uma técnica de intervenção familiar que consiste em interromper os ciclos de *feedback* positivos responsáveis por manter o problema, inserindo maior flexibilidade à família, através da alteração da perceção do mesmo. Por outras palavras, reenquadrar permite apresentar uma nova versão do problema, cuja finalidade é a mudança de sentido ou de significado (Ribeiro & Figueiredo, 2023).

A utilização desta técnica de intervenção interacional, permitiu a redefinição de experiências stressantes de modo que se tornassem aceitáveis, introduzindo maior flexibilidade ao sistema familiar.

Não foram identificadas alterações nas restantes dimensões operativas da área de atenção *Papel Prestador de Cuidados*, pelo que não houve necessidade de intervenção.

Por fim, relativamente à área de atenção *Processo Familiar*, centrada, segundo Figueiredo (2012), nos processos de interação familiar, foram avaliadas as seguintes dimensões: relação dinâmica e interação de papéis, comunicação, *coping*, e crenças familiares.

Foi aplicada a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein que permitiu a compreensão de aspetos fundamentais inerentes ao funcionamento da família, tais como a coesão, a adaptabilidade e a perceção dos seus membros relativamente à funcionalidade do sistema familiar.

O acrónimo APGAR refere-se aos termos *Adaptability*, *Partnership*, *Growth*, *Affection* e *Resolve*, o que traduzido para português significa: *Adaptação*, referindo-se à partilha de recursos e à satisfação dos seus membros com assistência recebida pela família; *Participação*, que corresponde à forma como as decisões são partilhadas e à satisfação sobre a reciprocidade comunicacional; *Crescimento*, relacionado com a flexibilidade familiar no que diz respeito à mudança de papéis e ao crescimento individual; *Afeto*, relacionado com a satisfação com a partilha de emoções, intimidade e a interação inerente a essa partilha; e, *Decisão* que diz respeito à satisfação da família com a partilha de tempo, espaço e recursos em ambiente familiar (Figueiredo et al, 2023a).

Os resultados obtidos através da aplicação da escala de APGAR Familiar revelaram uma perceção semelhante entre os membros da família relativamente ao funcionamento familiar, entendendo-a como altamente funcional.

Contudo, das dez famílias avaliadas nesta área de atenção foram identificadas duas com o diagnóstico de processo familiar disfuncional por alteração da dimensão comunicação familiar, tendo sido implementadas as seguintes intervenções sugeridas por Figueiredo (2012):

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Promover o envolvimento da família;
- Otimizar a comunicação na família;
- Planear rituais terapêuticos.

Importa referir que as restantes dimensões operativas pertencentes ao *Processo Familiar* não se encontravam alteradas, pelo que não foi necessário intervir.

Para além dos instrumentos de avaliação familiar descritos anteriormente ao longo do relatório, foi também aplicada a Escala de Risco Familiar de Segóvia Dreyer e a Escala de Risco Familiar de García-González, ambas disponíveis no SClínico. A primeira, permite avaliar o grau de vulnerabilidade familiar para desenvolver problemas de saúde tendo em conta características estruturais, de desenvolvimento e do funcionamento familiar. Por sua vez, a escala de Garcia-Gonzalez, permite avaliar situações de risco social e sanitário, tendo por base fatores demográficos, socioeconómicos e de saúde (Bispo et al., 2022).

Convém reforçar a importância dos instrumentos de saúde familiar, na medida em que, segundo Figueiredo (2023b), permitem elaborar hipóteses sobre as áreas que parecem sugerir uma avaliação mais aprofundada. Contudo, por si só, não tem valor diagnóstico, devendo ser integrados numa avaliação mais aprofundada sobre as várias áreas da vida familiar (Hanson & Kaakinen, 1999, conforme citado por Figueiredo, 2012).

As atividades descritas anteriormente, vão ao encontro das unidades de competência **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”, “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”, “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa” e “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, pp.19357-19358). De igual modo, vão também ao encontro da unidade de competência **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”**, na medida em que se codesenvolveram estratégias de resolução de conflito, métodos que permitiram às famílias lidar mais facilmente com emoções difíceis e um conjunto de outras intervenções geradoras de mudança e que facilitaram os processos de transição (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p.19358).

Após a implementação das intervenções, procedeu-se à avaliação dos resultados alcançados, de modo a verificar a sua eficácia e a determinar se os objetivos previamente definidos foram ou não atingidos. Importa referir que, as avaliações dos cuidados prestados às famílias foram realizadas nas consultas de vigilância seguintes. Quando tal não foi possível, a avaliação foi agendada, em articulação com a família, para data e hora previamente acordados.

Considera-se também relevante para o alcance da unidade de competência **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”**, presente no Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018, p. 19358), as seguintes atividades desenvolvidas durante a prática clínica: o incentivo das famílias para partilhar a sua história através da realização de questões abertas e da valorização das suas partilhas, demonstrando interesse genuíno; a análise da dinâmica das mesmas, procurando identificar o que as suportava, o que as mantinha e o que lhes criava dificuldades; e, o reforço sistemático dos seus pontos fortes. A fim de alcançar a competência supracitada, importa reforçar, uma vez mais, o envolvimento da família no processo de cuidados, concretizado através do respeito pelas suas crenças e valores, através da escuta ativa, da promoção de uma relação empática e da demonstração de interesse e de disponibilidade, tal como referido anteriormente.

Para além das atividades anteriormente descritas para o alcance da unidade de competência **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19358), a mestranda procurou orientação junto da EOC e da Professora Orientadora, no sentido de melhorar as suas práticas, tendo sido criados momentos de diálogo marcados por uma postura reflexiva e recetiva à crítica construtiva, facilitando o desenvolvimento profissional e a melhoria dos cuidados prestados. Destaca-se também, a autoavaliação continua realizada pela mestranda, o que lhe permitiu aprimorar o seu desempenho durante a prática clínica.

No sentido de desenvolver a unidade de competência **“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19357), foram mobilizados uma série conhecimentos, tanto de enfermagem como de outras ciências, que permitiram à mestranda dispor das ferramentas necessárias para a monitorização das famílias. Destaca-se também, as avaliações familiares realizadas durante as consultas de enfermagem, que permitiram analisar o histórico familiar, a relação entre os diferentes membros, o estado de saúde e os padrões de resposta a situações complexas, tendo em conta a etapa do ciclo vital, as crenças das famílias e os recursos existentes.

Para alcançar a unidade de competência **“Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018, pág. 19358), foram criados momentos que permitiram às famílias manifestar a sua opinião relativamente aos cuidados prestados e à relação enfermeiro/família, questionando-os se haveria algo mais que na sua opinião se poderia fazer para melhorar a qualidade dos cuidados e se sentiam que a intervenção da mestranda estaria a corresponder às suas expectativas. Criar estes momentos, permitiu reforçar a centralidade da família no processo de cuidados e melhorar a qualidade dos mesmos.

Durante a prática clínica, procedeu-se ao registo dos cuidados prestados às famílias no SClínico e na Plataforma Vacinas. Contudo, surgiram algumas dificuldades devido ao facto de a parametrização do SClínico não permitir documentar na íntegra todos os cuidados prestados às famílias no processo familiar. A fim de colmatar esta dificuldade, procedeu-se ao respetivo registo em notas livres.

De acordo com Pereira (2018), para monitorizar e avaliar os cuidados de enfermagem são utilizados indicadores, entendidos como, instrumentos de medida que permitem acompanhar o progresso e o desempenho, atuando como guia para a tomada de decisão.

No sentido de avaliar o impacto da implementação do MDAIF, foram definidos indicadores de estrutura, processo e resultado com base no Resumo Mínimo de Dados, elaborado a partir das definições centrais da matriz operativa do MDAIF (Figueiredo et. al., 2012). Os indicadores de estrutura, estão relacionados com os objetivos e com os recursos institucionais; os de processo, estão direcionados para assistência aos clientes; e, os de resultado, refletem as mudanças decorrentes da prestação de cuidados e a obtenção de ganhos em saúde (Silva, 2013).

Com base nos indicadores desenvolvidos por Figueiredo, procedeu-se então ao cálculo da taxa de avaliação, de prevalência e dos indicadores de resultado (ganhos em saúde). A Tabela

5, corresponde à taxa de avaliação familiar, que segundo Fajardo-Gutiérrez (2017), corresponde à relação entre o n. de casos avaliados e o n. total de casos elegíveis para avaliação, num determinado período.

Tabela 5

Indicadores Epidemiológicos – Taxa de Avaliação

Dimensão	Taxa de Avaliação	%
Estrutural	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas na composição familiar}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas no tipo de família}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{780}{780} \times 100 = 100$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em sistemas mais amplos}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em edifício residencial}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em rendimento familiar}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em abastecimento de água}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em animal doméstico}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{58}{780} \times 100 = 7,44$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em etapa do ciclo vital familiar}}{\text{N. total de famílias}} \times 100$	$\frac{780}{780} \times 100 = 100$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em satisfação conjugal}}{\text{N. total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	$\frac{48}{391} \times 100 = 12,28$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em planeamento familiar}}{\text{N. total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil}} \times 100$	$\frac{6}{290} \times 100 = 2,07$
Desenvolvimento	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em adaptação à gravidez}}{\text{N. total de famílias com subsistema conjugal e gravidez}} \times 100$	$\frac{8}{10} \times 100 = 80$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em papel parental}}{\text{N. total de famílias com subsistema parental}} \times 100$	$\frac{14}{250} \times 100 = 5,6$

Funcional	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em papel prestador de cuidados} \times 100}{\text{N. total de famílias com membro dependente}}$	$\frac{3}{34} \times 100 = 8,82$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em processo familiar} \times 100}{\text{N. total de famílias com processo familiar}}$	$\frac{10}{780} \times 100 = 1,29$

Apresentados os resultados inerentes à taxa de avaliação, seguem-se agora os resultados obtidos após o cálculo da taxa de prevalência por dimensão e áreas de atenção segundo a matriz operativa do MDAIF (Tabela 6). Este indicador, corresponde à proporção de clientes na população que apresentam uma determinada doença ou evento adverso à saúde em um determinado momento (Fajardo-Gutiérrez, 2017).

Tabela 6

Indicadores Epidemiológicos – Taxa de Prevalência

Dimensão	Taxa de Prevalência	%
Estrutural	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com rendimento familiar insuficiente} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas}}$	$\frac{1}{58} \times 100 = 1,72$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em satisfação conjugal não mantido} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas com subsistema conjugal}}$	$\frac{13}{48} \times 100 = 27,08$
Desenvolvimento	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em planeamento familiar não eficaz} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas com subsistema conjugal em idade fértil}}$	$\frac{1}{6} \times 100 = 16,67$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em adaptação à gravidez não adequada} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas com subsistema conjugal e gravidez}}$	$\frac{1}{8} \times 100 = 12,5$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em papel parental não adequado} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas com subsistema parental}}$	$\frac{3}{14} \times 100 = 21,43$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas em papel prestador de cuidados não adequado} \times 100}{\text{N. total de famílias com membro dependente}}$	$\frac{3}{3} \times 100 = 33,33$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com processo familiar disfuncional} \times 100}{\text{N. total de famílias avaliadas com processo familiar}}$	$\frac{2}{10} \times 100 = 20$
Funcional		

Os indicadores de resultado permitem avaliar o nível de sucesso obtido pelo cliente, indicando se os objetivos previamente estabelecidos para as intervenções implementadas foram ou não alcançados (Lima et al., 2017). São calculados a partir da relação entre “(...) o número total

de casos que se resolveram num determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentam este fenómeno/diagnóstico, num certo período de tempo” (OE, 2007, p.3).

Na Tabela 7 encontram-se os indicadores de resultado obtidos a partir da prestação de cuidados às famílias. A partir destes, foi possível concluir que, de um modo geral, se alcançaram ganhos em saúde decorrentes da modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem.

Tabela 7

Indicadores de Resultado

Dimensão	Indicadores de Resultado	%
Estrutural	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em rendimento familiar}}{\text{N. total de famílias avaliadas com rendimento familiar insuficiente}} \times 100$	$\frac{1}{1} \times 100 = 100$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em satisfação conjugal}}{\text{N. total de famílias avaliadas com subsistema conjugal não mantido}} \times 100$	$\frac{10}{13} \times 100 = 76,92$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em planeamento familiar}}{\text{N. total de famílias avaliadas com planeamento familiar não eficaz}} \times 100$	$\frac{1}{1} \times 100 = 100$
Desenvolvimento	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado de adaptação à gravidez}}{\text{N. total de famílias avaliadas com adaptação à gravidez não adequada}} \times 100$	$\frac{1}{1} \times 100 = 100$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em papel parental}}{\text{N. total de famílias avaliadas com papel parental não adequado}} \times 100$	$\frac{2}{3} \times 100 = 66,67$
	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em papel prestador de cuidados não adequado}}{\text{N. total de famílias avaliadas com papel prestador de cuidados não adequado}} \times 100$	$\frac{2}{3} \times 100 = 66,67$
Funcional	$\frac{\text{N. de famílias avaliadas com diagnóstico positivado em processo familiar}}{\text{N. total de famílias avaliadas com processo familiar disfuncional}} \times 100$	$\frac{2}{2} \times 100 = 100$

Embora o número de famílias avaliadas corresponda apenas a uma pequena parte do ficheiro da EOC, reflexo do restrito n. de horas destinado à prática clínica e à escassez de tempo durante as consultas de enfermagem, os indicadores de resultado revelaram a efetividade dos cuidados prestados.

Dos inúmeros indicadores contratualizados pela USF, nenhum traduz os ganhos em saúde resultantes da prática do EEECAESF, o que dificulta a visibilidade do seu contributo e pode gerar alguma desmotivação. Deste modo, propõe-se a uniformização da parametrização do SClinico, que permita a documentação integral dos cuidados prestados às famílias e a monitorização dos efeitos positivos da intervenção do enfermeiro especialista. Para além disso, sugere-se que estes profissionais proponham indicadores internos, elaborem relatórios regulares com a análise dos ganhos em saúde e participem em grupos de trabalho de contratualização ou na área da qualidade.

Com vista à consolidação da competência **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”**, houve oportunidade de desenvolver um conjunto de atividades, algumas das quais já previamente descritas, pelo que serão agora referidas de forma sucinta, evitando repetições desnecessárias no desenvolvimento do discurso.

De acordo com o Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018), a competência supracitada integra duas unidades de competência **“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”** e **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”**.

Considerando os diagnósticos de enfermagem efetuados e os objetivos definidos, revelou-se fundamental a articulação com outros profissionais de saúde, de forma a assegurar a resposta às necessidades das famílias. Neste sentido, tendo em conta o diagnóstico de papel prestador de cuidados não adequado com alteração na dimensão saturação do papel, procedeu-se à referenciação do membro dependente para a RNCCI, para descanso do cuidador.

De acordo com Dixe e Querido (2020), o desempenho do papel de prestador de cuidados pode conduzir à exaustão do cuidador, reforçando a necessidade de avaliar a sua sobrecarga, a fim de identificar estratégias que promovam o seu bem-estar e que assegurem a qualidade dos cuidados.

A RNCCI, tem como objetivo prestar cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social a pessoas em qualquer idade em situação de dependência (Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de junho, 2006). Tem também como objetivo a redução da sobrecarga do cuidador, permitindo-lhe períodos de descanso efetivo, até 90 dias por ano (Portaria n. 335-A/2023 de 3 de novembro, 2023).

Tendo em conta que, o respetivo processo de referenciação carece também de uma avaliação médica e da assistente social, houve necessidade de solicitar a colaboração destes dois profissionais.

Dado o diagnóstico de rendimento familiar insuficiente por alteração da dimensão conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares, foi necessário encaminhar a situação para a assistente social. Por fim, face ao diagnóstico de satisfação conjugal não mantida por função sexual comprometida, foi dado conhecimento à médica de família do problema do casal, que por sua vez referenciou o senhor para consultas de especialidade de urologia.

Para além destas atividades, a mestranda teve também oportunidade de assegurar processos de mentorado e *coaching* a toda a equipa de enfermagem da USF. Esta atividade foi concretizada através das formações ministradas durante a prática clínica, da partilha de conhecimentos com a equipa interdisciplinar, da identificação de lacunas nos cuidados prestados e na proposta de soluções partilhadas.

Todas estas atividades vão ao encontro da unidade de competência **“Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”** (Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho, 2018).

Por fim, para desenvolver a unidade de competência **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”** a mestranda procurou criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar. Para a concretização desta atividade destacam-se as formações realizadas enquanto formanda (Anexos 1, 2, 3, 4 e 5), os pósteres realizados e divulgados em congressos (Apêndices 7 e 8), as atividades formativas ministradas durante a prática clínica e a partilha de conhecimentos com toda a equipa da USF, com a colega de mestrado que se encontrava a realizar a prática clínica na mesma instituição de saúde e com as estudantes da licenciatura.

Para além destas atividades, foram utilizados os sistemas de informação disponíveis para proceder aos registos dos cuidados prestados às famílias e melhorar os resultados de saúde. Utilizou-se também as tecnologias de informação disponíveis para dar visibilidade à enfermagem de saúde familiar, recorrendo sobretudo ao Microsoft *PowerPoint* para a realização das apresentações à equipa de enfermagem durante a prática clínica e à plataforma *Zoom* para assistir a formações *online*.

Em suma, depois de tudo o que foi exposto até ao momento, a mestranda considera ter alcançado a competência específica do EEECAESF **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”**, presente no Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho (2018).

CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

1 – INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A investigação em enfermagem de saúde familiar contribui para a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, colocando questões que surgem de paradigmas provenientes da interação com o mundo empírico, possibilitando a sua compreensão (Figueiredo, 2023a).

De acordo com o Regulamento n.140/2019 6 de fevereiro (2009), é da competência do enfermeiro especialista, desenvolver a sua prática clínica especializada em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão e todas as suas intervenções num conjunto de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como agente facilitador dos processos de enfermagem e como agente ativo na área da investigação. Neste sentido, cabe ao enfermeiro especialista investigar e colaborar em estudos de investigação, interpretar, organizar e divulgar os resultados obtidos, bem como, discutir as suas implicações.

Com o intuito de desenvolver esta competência e por reconhecer a importância da investigação para a enfermagem de saúde familiar, procedeu-se à realização de um estudo de investigação, que será abordado ao longo deste capítulo. Inicialmente, será apresentada a justificação e o enquadramento do problema, seguindo-se a metodologia, os resultados e, por fim, a respetiva discussão.

1.1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

De acordo com Fortin (2009), o problema de investigação é uma situação que provoca interrogações, mal-estar ou uma inquietação e que carece de uma melhor compreensão. Neste sentido, como ponto de partida, decidiu-se estudar a satisfação conjugal na transição para a parentalidade: casais com filhos até aos dezoito meses.

Este tema emerge, sobretudo da prática clínica da mestranda no primeiro estágio, onde se verificou que, após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais entrevistados apresentavam o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida, evidenciando a necessidade de um conjunto de intervenções de enfermagem para responder às necessidades destas famílias.

A escolha deste tema foi também motivada pela constatação de uma percentagem significativa de mulheres em idade fértil e sem filhos no ficheiro da EOC (52,6%), o que corresponde a um total de 261 mulheres, informação obtida a partir do RNU.

Trata-se de um tema de interesse pessoal da mestranda e de grande relevância para a enfermagem de saúde familiar, uma vez que aborda um período de mudança com potencial

para gerar instabilidade na família, sendo da responsabilidade do EEECAESF constituir-se como agente facilitador dessas mesmas mudanças.

A seleção deste tema justifica-se ainda pela escassez de evidência científica que fundamente as práticas do EEECAESF nesta área, reforçando a importância de produzir conhecimento que apoie intervenções mais eficazes junto dos casais em transição para a parentalidade.

A relação conjugal resulta de um processo de organização contínuo, complexo e dinâmico entre duas pessoas com características próprias, cada uma delas dotada de significados, valores, crenças e de um conjunto de experiências históricas e culturais da família de origem (Figueiredo, 2012; Porreca, 2019).

A qualidade da relação conjugal pode afetar a qualidade de vida de todos os elementos da família. Relações conjugais atribuladas podem resultar em perturbações psicopatológicas, tais como, ansiedade e depressão e, até mesmo em problemas de saúde física (Demirtas, 2018).

São fatores protetores da conjugalidade, a gravidez planeada, a comunicação conjugal, a compreensão e a ajuda do casal. Por outro lado, são fatores dificultadores, a gestão de momentos a sós, o reinício e a manutenção da sexualidade, o desempenho do papel parental, a família alargada e a ausência de apoio dos profissionais de saúde (Silva et al., 2021).

A satisfação conjugal emerge da relação conjugal. Provém de sentimentos de bem-estar, segurança, intimidade e compreensão (Cerqueira-Santos et al, 2016; Hernandez & Baylão, 2020; Porreca, 2019). Trata-se, portanto, de um indicador de felicidade e que assume um papel preponderante na sobrevivência e crescimento das famílias (Nourani et al., 2019).

Entendida como um fenómeno de carácter subjetivo, contém várias dimensões, tais como relações sexuais, traços de personalidade, relacionamento com outras pessoas, participação na tomada de decisões, relacionamento com o companheiro, tempo de lazer e comunhão religiosa (Nourani, et al., 2019).

A satisfação conjugal recebe influência de múltiplas variáveis, tais como a etapa do ciclo de vida da família, a presença ou não de filhos, o nível de escolaridade, entre outras (Feijão e Moraes, 2018). Dada a sua multiplicidade, é possível agrupá-las em três categorias: fatores intrapessoais, tais como crenças e valores, traços de personalidade e competências pessoais; fatores interpessoais, que incluem a vida sexual, a partilha de tarefas domésticas e a parentalidade; e fatores externos, como o nível socioeconómico e a relação com a família e amigos (Nourani et al., 2019).

À semelhança do que foi referido anteriormente, de acordo com o MDAIF, a satisfação conjugal avalia a relação dinâmica, a comunicação, a interação e a função sexual. A relação dinâmica diz respeito à partilha de responsabilidades, à expressão de sentimentos e emoções e à flexibilidade de papéis. Inclui a partilha de tarefas domésticas, o tempo que passam juntos e o modo como ambos exprimem os seus sentimentos; a comunicação inclui o diálogo sobre expectativas e receios, a concordância face à divergência de opinião e a satisfação face à comunicação; a interação sexual avalia a satisfação face ao padrão de sexualidade e ao conhecimento sobre sexualidade, e por último, a função sexual, corresponde à aptidão para participar na relação sexual, incluindo *itens* que avaliam a existência de disfunções sexuais e o domínio de estratégias para a sua resolução (Figueiredo, 2012).

Estar satisfeito com a relação conjugal contribui significativamente para a manutenção do relacionamento do casal e para o seu papel parental. Por outro lado, a diminuição da satisfação conjugal, gera uma fonte de tensão entre os elementos do casal, o que por sua vez poderá ampliar problemas pré-existentes no relacionamento e levar a uma relação parental insatisfatória (Doss & Rhoades, 2017).

É a partir do nascimento do primeiro filho que se inicia a 2ª etapa do ciclo vital da família, marcada não só, pelo surgimento de um novo subsistema (o subsistema parental) como também pelo aparecimento de novas funções, tarefas e um conjunto de reorganizações relacionais. É nesta altura que os pais sobem de geração, passando a ter um conjunto de responsabilidades e de experiências que antes pertenciam aos seus próprios pais (Alarcão, 2006).

A satisfação conjugal diminui até aos dezoito meses da criança, verificando-se também um aumento dos conflitos conjugais até esta idade. Nos homens, a satisfação conjugal sofre poucas alterações até aos seis meses pós-parto, sofrendo um declínio mais drástico dos seis aos dezoito meses da criança. Pelo contrário, a satisfação conjugal das mulheres sofre um maior declínio até aos seis meses, sofrendo posteriormente um declínio moderado até aos dezoito meses (Cowan et al., 1985, conforme citado por Estrela, 2023).

Relações conjugais bem definidas facilitam o processo de transição para a parentalidade, o que por sua vez resulta em níveis de satisfação conjugal mais elevados (Brito et al., 2022).

De acordo com Gorin et al. (2015), a parentalidade é um processo dinâmico, que ultrapassa o biológico e envolve aspetos conscientes e inconscientes, que passam pela história familiar de cada um dos elementos do casal e pelo seu contexto sociocultural. Diz respeito ao exercício dos cuidados parentais e ao modo como pais e filhos constroem a sua relação (Silva, et al., 2020).

A transição para a parentalidade é considerada como uma das transições mais intensas que o sistema familiar enfrenta, pois embora se trate de um acontecimento de carácter normativo e habitualmente esperado e desejado, não é vivenciado de igual modo por todos os indivíduos/famílias. Torna-se por isso, um período suscetível de desequilíbrios e vulnerabilidades, constituindo-se como um fator de risco para a saúde e bem-estar do sistema familiar (Martins et al., 2017).

Inicia-se antes do nascimento do bebé, com o planeamento ou confirmação da gravidez, e prolonga-se por um período variável após o seu nascimento, consoante as vivências de cada família. É entendida como uma transição de desenvolvimento e situacional. De desenvolvimento, uma vez que se trata de um processo normativo, que decorre durante o ciclo vital da família. E situacional, pois, obriga a uma redefinição de papéis no seio familiar (Schumacher & Meleis, 2010).

Para além de casal, os conjugues passam também a assumir o papel parental, acrescentando ao sistema familiar novas responsabilidades e tarefas, o que provoca *stress* e poderá resultar em insatisfação conjugal (Moraes & Granato, 2016; Soares & Colossi, 2016).

Para que a transição para a parentalidade decorra sem complicações, a família tem como tarefa: o reajuste do sistema conjugal; a união do casal nas tarefas financeiras, domésticas e de educação da criança, em que o casal partilha a responsabilidade de lidar com múltiplos encargos para não sobrecarregar o parceiro; e o realinhamento de relacionamentos com a família extensa (Wright & Leahey, 2011).

Durante a transição para a parentalidade existem famílias que experienciam vivências positivas na conjugalidade, referindo uma maior união entre o casal, uma maior partilha de tarefas, cooperação e o reinício do namoro. Contudo, outros casais, vivenciam experiências negativas, apontando a existência de menos tempo para o casal, o receio da mulher no reinício da atividade sexual e o receio desta em não se sentir desejada pelo companheiro (Mendes, 2009).

Após o nascimento do primeiro filho, as discussões e os conflitos entre o casal poderão aumentar, a efetividade da comunicação pode diminuir e culminar em insatisfação, pois a atenção, o tempo e o espaço do casal, passam a ser dedicados maioritariamente à criança (Moraes & Granato, 2016).

O aumento dos conflitos conjugais deve-se também às tarefas domésticas que sofreram um aumento significativo, pelo que é essencial que haja uma redistribuição das mesmas (Moraes & Granato, 2016; Martins et al., 2017).

Assumir um novo papel, o de pai e o de mãe, interfere na vida conjugal, principalmente na sexualidade. Casais com filhos apresentam um menor nível de satisfação sexual e menos tempo para realizarem atividades em comum (Nourani et al., 2019).

A conjugalidade dos casais em transição para a parentalidade deve ser um tema abordado nas consultas de vigilância de saúde infantil, dada a sua regularidade, criando espaço e uma relação de confiança que permita aos casais exporem as suas dúvidas. Deve também fazer parte das intervenções do enfermeiro de família durante as consultas de planeamento familiar e de saúde materna (Silva et al., 2021).

De acordo com Tralhão et al. (2020), o enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela capacitação e pelo empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou de doença.

Na perspetiva de Figueiredo (2012), o enfermeiro deve ser um agente facilitador na transição para a parentalidade, capacitando a família, pelo reforço das suas forças e pela transformação das suas barreiras num conjunto de intervenções planeadas.

1.2 – METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009), a metodologia consiste na planificação da investigação. Implica um conjunto de decisões, para pôr de pé uma estrutura que possibilita a exploração empírica de questões de investigação ou a verificação de hipóteses. Um planeamento metodológico preciso, permite ao investigador eliminar ou pelo menos minimizar erros e obter resultados plausíveis no final da investigação (Fortin, 2009).

Neste subcapítulo, será apresentada a metodologia adotada para o desenvolvimento do presente estudo de investigação. Serão apresentados os objetivos e a questão de investigação, o tipo de estudo, a população alvo, a amostra, o instrumento e os procedimentos efetuados para a recolha de informação, os procedimentos formais e éticos realizados, e, por fim, o tratamento estatístico dos dados.

1.2.1 – Objetivos e Questão de Investigação

De acordo com Fortin (2009), os objetivos do estudo orientam a investigação para um método apropriado de forma a obter a informação pretendida. Devem especificar as variáveis-chave, a população e o verbo de ação que norteia a investigação.

Assim sendo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade;
- Identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

As questões de investigação são mais específicas e englobam os diferentes aspetos a serem estudados. São perguntas inequívocas, referentes ao tema em estudo e que tem como objetivo desenvolver o conhecimento existente. É um enunciado claro, que especifica os conceitos estudados, a população alvo e que indica uma investigação empírica. Resulta do objetivo e determina a informação que se pretende adquirir (Fortin, 2009).

Neste sentido, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade?
- Qual a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade?

1.2.2 – Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional e de abordagem quantitativa. O estudo descritivo-correlacional visa explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Este tipo de estudo permite definir as variáveis associadas ao fenómeno estudado. As relações descobertas poderão servir para a formulação de hipóteses, que poderão ser verificadas em estudos posteriores. Na investigação quantitativa, os fenómenos são passíveis de serem medidos. Este tipo de investigação tem como objetivo estabelecer factos, colocar em evidência relações entre variáveis, prever resultados de causa-efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas. Os estudos transversais são aqueles em que a colheita de dados é realizada num único momento, num determinado intervalo de tempo (Fortin, 2009).

1.2.3 – População alvo e amostra

A população alvo é entendida como um conjunto de elementos que cumprem determinados critérios definidos pelo investigador (Fortin, 2009). Neste estudo, a população alvo é constituída por casais em transição para a parentalidade, com primeiro filho até aos dezoito meses e que se encontram inscritos na USF onde decorreu a prática clínica.

A amostra corresponde à fração da população alvo sobre a qual o estudo se realiza. O método pelo qual é eleita, é designado de amostragem (Fortin, 2009). Neste estudo, a amostra é

constituída por 52 casais (n=104) em transição para a parentalidade, com primeiro filho até aos dezoito meses e que se encontram inscritos na USF onde foi realizado o contexto clínico.

Foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência de modo a facilitar a recolha de dados. Segundo Fortin (2009), esta é uma técnica constituída por elementos facilmente alcançáveis e que respondem a claros critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão dizem respeito a todas as características comuns compartilhadas pelos sujeitos do estudo. Deste modo, para se obter uma amostra o mais homogênea possível, determina-se as características que se desejam encontrar (Fortin, 2009). Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: casais em transição para a parentalidade com filhos dos zero até aos dezoito meses; famílias com aceitação livre e esclarecida de participação no estudo; casais que sejam pais pela primeira vez; e casais que se encontrem inscritos na USF onde decorreu a prática clínica.

Foram também definidos critérios de exclusão. Segundo Fortin (2009), estes definem os indivíduos que não farão parte da amostra em estudo. Neste sentido foram definidos os seguintes critérios: famílias em que pelo menos um ou ambos os membros do casal já tenham sido pais anteriormente; casais com filhos com idade superior a dezoito meses; famílias em que um ou ambos os elementos do casal possuam défices cognitivos ou outras patologias que dificultem a compreensão das questões (informação fornecida pela EOC após consulta do processo clínico); não saber ler ou escrever; e o não domínio da língua portuguesa.

1.2.4 – Instrumentos de recolha de dados

Segundo Fortin (2009), o investigador deve interrogar-se, se o instrumento de recolha de dados é o mais apropriado para dar resposta às questões de investigação. Deve também certificar-se que o mesmo possui fidelidade e validade suficientes.

Os instrumentos de recolha de dados foram organizados num documento único, constituído por duas partes (Apêndice 11). Na primeira parte foi apresentado um questionário sociodemográfico, realizado pela investigadora que incluía a Escala de Graffar Adaptada; e, na segunda, foi apresentada a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), cuja autorização foi solicitada à autora da escala, tendo recebido parecer favorável (Anexo 6). O tempo médio de preenchimento foi de sete minutos.

Do questionário sociodemográfico, faziam parte dez questões: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação profissional, idade da (s) criança (s), origem do

rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência. Algumas destas questões foram realizadas para determinar o nível socioeconómico da família, a partir da Escala de Graffar Adaptada, cuja autorização para utilização foi solicitado, tendo recebido parecer favorável (Anexo 7).

A Escala de Graffar, contruída em 1956 por Graffar, foi adaptada para a população portuguesa em 1990 por Fausto Amaro e atualizada em 2001 (Amaro, 2001). Esta escala avalia as condições socioeconómicas da família, determinando a classe social onde esta se encontra inserida. Permite conhecer os recursos da família, possíveis fatores geradores de *stress*, prever algumas condições de risco, alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial (Figueiredo et al, 2023b).

A Escala de Graffar Adaptada avalia um conjunto de cinco características sociais: a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimento familiar, o conforto da habitação e o aspeto do bairro onde a pessoa/família reside. Para cada um destes *ítems*, a pontuação varia entre 1 e 4 pontos. O nível socioeconómico da família é determinado através do somatório das pontuações de todos os *ítems*, podendo-se obter os seguintes resultados: 5 – 9 pontos, classe I (classe social alta); 10 – 13 pontos, classe II (classe social média-alta); 14 – 17 pontos, classe III (classe social média); 18 – 21 pontos, classe IV (classe social média baixa); e, de 22 – 25 pontos, classe V (classe social baixa) (Figueiredo et al, 2023b).

A escala de Graffar Adaptada, deve ser preenchida, tendo em consideração o membro da família que aufer o maior rendimento do agregado familiar (Amaro, 2001).

A EASAVIC, foi construída em 1996 por Isabel Narciso e Maria Emília Costa com o objetivo de avaliar a satisfação dos casais em diferentes áreas da vida conjugal (Narciso & Costa, 1996). A escolha por este instrumento deve-se ao facto de ser um método de avaliação objetivo e que auxilia a compreensão desta dimensão.

De acordo com Narciso (2010), escala supracitada é constituída por um conjunto de 44 *ítems*, organizados em 7 áreas: *Intimidade Emocional* (questões 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44); *Sexualidade* (questões 23, 24, 25, 26, 27, 28); *Comunicação/Conflito* (questões 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22); *Funções Familiares* (questões 1, 2, 3, 4); *Rede Social* (questões 7, 8, 9) *Autonomia* (questões 10, 11, 12 e 13) e *Tempos Livres* (questões 5 e 6).

É uma escala tipo Likert que permite a escolha de uma das seis possibilidades: nada satisfeito, pouco satisfeito, razoavelmente satisfeito, satisfeito, muito satisfeito ou completamente satisfeito. A cada uma destas respostas é atribuída a seguinte pontuação: 1 ponto – nada satisfeito; 2 pontos – pouco satisfeito; 3 pontos – razoavelmente satisfeito; 4 pontos –

satisfeito; 5 pontos – muito satisfeito; 6 pontos – completamente satisfeito. O nível de satisfação conjugal é avaliado através da média das respostas (Narciso & Costa, 1996).

De acordo com a revisão psicométrica da EASAVIC realizada por Narciso (2010), esta escala possui uma elevada consistência interna, tanto a nível global ($\alpha = 0,97$), como em cada uma das sete áreas da vida conjugal (*Intimidade Emocional*, $\alpha = 0,96$; *Sexualidade*, $\alpha = 0,93$; *Comunicação/Conflito*, $\alpha = 0,91$; *Funções Familiares*, $\alpha = 0,84$; *Rede Social*, $\alpha = 0,73$; *Autonomia*, $\alpha = 0,82$; e, *Tempos Livres*, $\alpha = 0,70$) (Anexo 8).

Do mesmo documento (Anexo 8), consta ainda a estatística descritiva realizada para a população portuguesa, resultados relativos a janeiro de 2010. De acordo com esses resultados, a população portuguesa, encontra-se, em média, satisfeita com a sua conjugalidade, quer a nível global ($M=4,74$), quer em cada uma das áreas da vida conjugal. A *Sexualidade* é a área que apresenta valores médios mais elevados ($M=4,92$; $DP=0,94$) e os *Tempos Livres* aquela que possui valores médios mais baixos ($M=3,83$; $DP=1,03$). Por ordem decrescente, a população portuguesa sente-se em média mais satisfeita com a *Sexualidade* ($M=4,92$; $DP=0,94$), seguindo-se a *Intimidade Emocional* ($M=4,92$; $DP=0,76$), a *Comunicação/Conflito* ($M=4,63$; $DP=0,91$) e a *Autonomia* ($M=4,63$; $DP=0,87$), a *Rede Social* ($M=4,53$; $DP=0,89$), as *Funções Familiares* ($M=4,50$; $DP=0,91$) e os *Tempos Livres* ($M=3,83$; $DP=1,03$).

1.2.5 – Procedimentos para a recolha de dados

Numa primeira fase, procedeu-se à identificação das famílias elegíveis para o estudo com a colaboração da EOC, mediante o acesso ao RNU e ao SClínico. Posteriormente, e em momento oportuno durante as consultas de enfermagem, cada uma destas famílias foi convidada por esta ou pela respetiva enfermeira de família a participar voluntariamente neste estudo.

Após aceitação livre e esclarecida, os instrumentos de recolha de dados, previamente organizados num só documento, foram entregues separadamente e em duplicado dentro de dois envelopes para que pudessem ser preenchidos individualmente por cada um dos elementos do casal após a consulta de enfermagem ou no domicílio, sendo, neste caso, entregues e preenchidos em local e hora a combinar. Depois do seu preenchimento, foi solicitado a cada elemento, que colocasse o questionário dentro do respetivo envelope (ambos sem qualquer tipo de identificação), fechando-o antes de o devolver.

A decisão de solicitar o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados individualmente deve-se à unicidade e à individualidade de cada um dos elementos do casal, pois a perceção

que cada um tem acerca da sua conjugalidade, pode não ser igual à do seu namorado (a), companheiro (a) ou conjugue. O preenchimento individual dos instrumentos de colheita de dados, permite a cada elemento do casal uma maior autonomia nas respostas e garante que estas não sejam influenciadas pela opinião do outro, reduzindo deste modo, o viés nas respostas.

Depois de entregues por cada casal em envelopes fechados, os questionários foram codificados pela investigadora, com vista ao seu emparelhamento enquanto casal.

1.2.6 – Procedimentos formais e éticos

Segundo Fortin (2009), os princípios éticos devem ser assegurados no decorrer de toda a investigação. O direito da pessoa à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e, ao tratamento justo e equitativo devem ser respeitados. Deste modo, e sabendo que é da competência do enfermeiro especialista, desenvolver “... uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2009, p. 4745), a presente investigação foi conduzida respeitando todos estes princípios orientadores que norteiam a prática de enfermagem.

Foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional do de Saúde (ARS) do Centro, à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e à Coordenadora da USF onde se pretendia realizar a investigação, um pedido de autorização para o desenvolvimento do presente estudo, tendo-se obtido pareceres favoráveis de todos os intervenientes (Anexo 9, 10, 11).

Foi solicitado à EOC a lista de todas as crianças inscritas na USF com idades compreendidas entre zero e dezoito meses (obtido através do RNU), para posterior identificação das famílias elegíveis para o estudo, a partir do SClínico.

Após o convite para participar no estudo de investigação, os casais foram informados que a sua participação era voluntária e que, a qualquer momento, poderiam abandonar a investigação, sem que daí pudesse advir qualquer tipo de repercussão. Foram também informados de que todos os dados recolhidos, seriam utilizados para fins académicos e de investigação, garantindo-se total anonimato e confidencialidade. Não foram recolhidos dados que identificassem os participantes.

Foi elaborado e entregue, em formato de papel e em duplicado (Apêndice 12), um consentimento informado por escrito a todos os que aceitaram participar no estudo, tendo-lhes sido dado tempo para refletir e decidir quanto à sua participação. Àqueles que voluntariamente aceitaram, foi solicitado o preenchimento e devolução de uma das respetivas declarações de consentimento.

Como referido anteriormente, foi solicitada autorização para utilizar a Escala de Graffar Adaptada ao Professor Doutor Fausto Amaro e para utilizar a EASAVIC à Professora Doutora Isabel Narciso, tendo sido obtido parecer favorável (Anexo 6 e 7).

Terminado o estudo de investigação e publicados os resultados, proceder-se-á à destruição dos instrumentos de recolha de dados.

1.2.7 – Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico de dados foi realizado no programa informático IBM SPSS Statistics, versão 29.0. Para a sua análise, foram realizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva permite ao investigador realizar a caracterização da amostra com o auxílio de medidas de tendência central e de dispersão. Já a estatística inferencial determina se as hipóteses de investigação devem ou não ser confirmadas e, se é possível inferir relações entre as variáveis em estudo (Fortin, 2009).

Foi calculado o *Alfa de Cronbach* (α) e o *Omega de McDonald* (ω), a fim de avaliar a consistência interna da EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal para a amostra do presente estudo.

De acordo com Marôco (2021), para avaliar a consistência interna, os valores de referência de α variam entre 0 e 1 e devem ser interpretados do seguinte modo: $\alpha < 0,5$ consistência interna inaceitável; $0,5 \geq \alpha < 0,6$ consistência interna má; $0,6 \geq \alpha < 0,7$ consistência interna razoável; $0,7 \geq \alpha < 0,8$ consistência interna média; $0,8 \geq \alpha \leq 0,9$ consistência interna boa; e, $\alpha > 0,9$ consistência interna muito boa. Embora seja uma medida amplamente utilizada, o α apresenta algumas limitações. Uma delas, deve-se ao facto de ser influenciado pelo número de *ítems*, pelo que, poderão surgir situações em que o valor de α é elevado, embora a correlação dos *ítems* seja pequena (Marôco, 2021). Deste modo, foi também utilizado o ω para avaliar a consistência interna. Os valores de referência de ω indicativos de confiabilidade aceitável, devem estar entre 0,7 e 0,9, embora valores de ,65 também possam ser aceites (Ventura-Leon et al., 2017).

A análise descritiva baseou-se no cálculo de medidas descritivas, tais como a frequência absoluta (n) e relativa (%); medidas de tendência central, como a média (M); e medidas de dispersão, como o desvio padrão (DP), valores mínimos (Min) e máximos (Max) e o coeficiente de variação (CV). Este último, compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Valores < 15% indicam uma dispersão baixa, valores de 15 – 30% uma dispersão moderada e valores ≥ 30% uma dispersão alta (Camargo & Oliveira, 2020).

A estatística inferencial teve por base testes de comparação de médias entre um conjunto de grupos pré-definidos e o teste de correlação entre variáveis.

A seleção do tipo de testes a utilizar depende da verificação do pressuposto de normalidade da variável dependente, ou seja, depende se a satisfação conjugal segue ou não uma distribuição normal. A fim de verificar este pressuposto, foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, uma vez que o tamanho da amostra é superior a 50 ($n > 50$) (Tabela 9).

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a EASAVIC Global segue uma distribuição normal ($p \geq ,05$) (Tabela 8), motivo pelo qual foram utilizados testes paramétricos. Contudo, no que diz respeito às áreas da vida conjugal da escala, constatou-se que estas não seguem uma distribuição normal ($p < ,05$) (Tabela 8), pelo que foram utilizados testes não paramétricos para analisar cada uma das suas dimensões individualmente.

Tabela 8

Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal

	KS	gl	p
EASAVIC Global	0,084	104	,068
<i>Intimidade Emocional</i>	0,169	104	,000
<i>Sexualidade</i>	0,104	104	,007
<i>Comunicação/Conflito</i>	0,124	104	,000
<i>Funções Familiares</i>	0,094	104	,023
<i>Rede Social</i>	0,124	104	,000
<i>Autonomia</i>	0,136	104	,000
<i>Tempos Livres</i>	0,148	104	,000

Os testes paramétricos utilizados foram o teste t de Student, para comparar 2 grupos independentes, a correlação de Pearson para conhecer a associação entre variáveis; e a análise de variância (ANOVA), para comparar três ou mais grupos.

Relativamente aos testes não paramétricos foram utilizados o teste U de Mann-Whitney para comparação de médias de dois grupos independentes; a correlação de Spearman, para

observar a relação entre duas variáveis; e, o teste H de Kruskal-Wallis, para comparar as médias de três ou mais grupos independentes.

1.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com Fortin (2009), os resultados de investigação correspondem às informações numéricas resultantes da análise estatística dos dados recolhidos. Reportam-se às questões de investigação ou às hipóteses apresentadas no estudo.

De seguida, serão revelados os resultados obtidos no presente estudo de investigação. Deste modo, será apresentada a caracterização sociodemográfica da amostra, a análise da consistência interna da EASAVIC e, por fim, a análise descritiva e inferencial realizada.

1.3.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica inclui a análise de dados sobre características sociodemográficas e procura compreender padrões e tendências dentro de populações específicas (Machado, 2024).

A amostra é constituída por 104 participantes (52 casais), dos quais 50% (n=52) são do sexo masculino e 50% (n=52) são do sexo feminino (Tabela 9). Embora a orientação sexual de cada um dos elementos do casal não fizesse parte dos critérios de exclusão, verificou-se que cada casal, é constituído por um elemento do sexo masculino e por outro elemento do sexo feminino.

A média de idade dos participantes é de 34,89 anos, com uma idade mínima e máxima a oscilarem entre os 24 e os 55 anos. De acordo com os resultados obtidos, 70,2 % (n=73) tem entre 31 – 40 anos, 17,3% (n=18) tem idade $\leq$ 30 anos e 12,5% (n=13) tem idade $\geq$ 41 anos (Tabela 9).

Da totalidade dos participantes, 3,8% (n=4) tem filhos gémeos. No que diz respeito à idade das crianças, 48,1% (n=50) tem entre 0 – 5 meses; 24% (n=25) tem entre 6 – 12 meses; e, 27,9% (n=29) tem entre 13 – 18 meses. A idade é, em média, 8,09 meses (DP=6,2) (Tabela 9).

Relativamente ao estado civil, 50%(n=52) da amostra é casada, 42,3 % (n=44) vive em união de facto e 7,7 % (n=8) é solteira. Não foram assinalados pelos participantes outros estados civis. Quanto às habilitações literárias, 67,3% (n=70) terminou o ensino superior, 29,8% (n=31), terminou o ensino secundário e 2,9% (n=3) tem o 9º ano de escolaridade (Tabela 9).

De acordo com os dados recolhidos, verificou-se a existência de uma grande variedade de profissões, pelo que se procedeu ao seu agrupamento de acordo com a classificação utilizada na escala de Graffar. Neste sentido, 55,3 % (n= 57) da amostra pertenciam ao setor “médios industriais e comerciantes; dirigentes de médias empresas; agricultores/proprietários; dirigentes intermédios e quadros técnicos; oficiais das forças armadas; profissionais liberais; professores do ensino básico e secundário ou professores universitários (sem doutoramento)”; 23,3% (n=24) pertenciam ao grupo dos “pequenos agricultores/rendeiros; empregados de escritório de baixo grau; operários semiqualeificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível baixo”; 19,4% (n=20) eram “pequenos industriais e comerciantes; quadros médios e chefes de secção, empregados de escritório de elevado grau; médios agricultores; sargentos e equiparados”; 1% (n=1) eram “grandes industriais e comerciantes; gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); professores universitários (com doutoramento); brigadeiro/general/marechal; profissões liberais de topo; altos dirigentes políticos”; e, 1% (n=1) eram “ assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores” (Tabela 9).

A análise descritiva da situação profissional revela que 98,1%(n=102) da amostra se encontra empregado e que 1,9%(n=2) se encontra desempregado (Tabela 9).

Em relação ao tipo de habitação, 57,7% (n=60) vive casa ou andar bastante espaçoso e confortável; 39,4% (n=41) tem casa ou andar em bom estado, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais. Apenas 1,9% (n=2) refere viver em casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível (Tabela 9).

O local de residência é considerado pela maioria como um bom local (n=75; 72,1%); 19,2% (n=20) considera viver numa zona intermédia e 8,7% (n=9) considera viver numa zona residencial elegante (Tabela 9).

Quanto à origem do rendimento familiar, 76% (n=79) provém de vencimentos certos; 16,3% (n=17) provém de rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional; 3,8% (n=4) provém do lucro de empresas; 2,9 % (n=3) provém de altos vencimentos; e, 1%(n=1) de assistência (subsídios) (Tabela 9).

Relativamente ao nível socioeconómico da família, avaliado através da Escala de Graffar Adaptada, 65,4% (n=8) dos casais pertence à classe II (classe média alta); 19,2% (n=10) pertence à classe média; e, 15,4% (n=34) pertence à classe alta (Tabela 9).

Tabela 9

Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	52	50
Feminino	52	50
Idade dos participantes (anos)		
≤30	18	17,3
31 – 40	73	70,2
≥41	13	12,5
M= 34,89 DP= 4,88 Min=24 Max=55		
Estado civil		
Solteiro	8	7,7
Casado	52	50
União de facto	44	42,3
Habilitações literárias		
3.º ciclo completo (9.º ano)	3	2,9
Ensino Secundário completo	31	29,8
Ensino Superior	70	67,3
Profissão		
Grandes industriais e comerciantes; gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); professores universitários (com doutoramento); brigadeiro/general/marechal; profissões liberais de topo; altos dirigentes políticos	1	1
Médios industriais e comerciantes; dirigentes de médias empresas; agricultores/proprietários; dirigentes intermédios e quadros técnicos; oficiais das forças armadas; profissionais liberais; professores do ensino básico e secundário; professores universitários (sem doutoramento)	57	55,3
Pequenos industriais e comerciantes; quadros médios e chefes de secção, empregados de escritório de elevado grau; médios agricultores; sargentos e equiparados	20	19,4
Pequenos agricultores/rendeiros; empregados de escritório de baixo grau; operários semiqualeificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas de nível baixo	24	23,3
Assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	1	1
Situação profissional		
Empregado	102	98,1
Desempregado	2	1,9
Tipo de habitação		
Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto	1	1
Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	60	57,7
Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais	41	39,4
Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	2	1,9
Local de residência		
Zona residencial elegante	9	8,7
Bom local	75	72,1
Zona intermédia	20	19,2
Origem do rendimento familiar		
Lucros de empresas	4	3,8
Altos vencimentos	3	2,9
Vencimentos certos	79	76

Rendimento < ao salário mínimo nacional	17	16,3
Assistência (subsídios)	1	1
Número de filhos		
Um	100	96,2
Gêmeos	4	3,8
Idade dos filhos (meses)		
0 – 5	50	48,1
6 – 12	25	24,0
13 – 18	29	27,9
M= 8,09 DP= 6,2 Min= 0 Max=18		
Classes da Escala de Graffar Adaptada		
Classe I (classe alta)	8	15,4
Classe II (classe média alta)	34	65,4
Classe III (classe média)	10	19,2

1.3.2 – Análise da consistência interna da EASAVIC

A consistência interna corresponde à concordância existente entre todos os *itens* que fazem parte de um determinado instrumento de medida (Fortin, 2009). Determina em que medida, os vários *itens* de uma escala medem constantemente o mesmo conceito (Polit & Beck, 2019).

O estudo da consistência interna da EASAVIC Global (Apêndice 13), revelou valores da correlação do *item* total corrigido a variar entre $r=,44$ e $r=,76$. Os valores de α e ω classificam-se como muito bons ($\alpha= 0,96$; $\omega=0,96$), traduzindo uma elevada consistência interna. Resultados semelhantes, foram encontrados por Narciso (2010), na revisão psicométrica da EASAVIC Global, com valores de $\alpha= 0,97$ num estudo realizado para a população portuguesa (Anexo 8).

Em Apêndice, encontra-se o estudo da consistência interna da EASAVIC por áreas da vida conjugal (Apêndice 14).

A *Intimidade Emocional*, apresentou valores da correlação do *item* total corrigido a variar entre $r=,62$ e $r=,86$. Os valores de α e ω foram classificados de muito bons ($\alpha= 0,95$; $\omega= 0,96$), o que revelou uma elevada consistência interna. Resultados semelhantes, foram encontrados por Narciso (2010), com um valor de $\alpha= 0,96$ na área da *Intimidade Emocional* (Anexo 8).

No que diz respeito à área da *Sexualidade*, verificou-se que os valores de correlação do *item* total corrigido variavam entre $r=,59$ e $r=,81$. Os valores de α e ω foram classificados como bons ($\alpha= 0,86$; $\omega= 0,87$). Embora os resultados obtidos tivessem revelado uma boa consistência interna na área da *Sexualidade*, a revisão psicométrica da escala realizada pela autora revelou uma consistência interna superior, $\alpha= 0,93$ (Anexo 8).

Na área *Comunicação/Conflito*, os valores da correlação do *item* total corrigido tiveram a sua expressão máxima no *item* 15 ($r=,86$), com um valor mínimo no *item* 21 ($r=,57$). Os valores de

α e ω foram classificados como muito bons ($\alpha = 0,91$; $\omega = 0,92$), revelando uma elevada consistência interna. Estes resultados vão ao encontro da revisão psicométrica da escala, realizada por Narciso (2010), que obteve valores de $\alpha = 0,91$ na *Comunicação/Conflito* (Anexo 8).

Em relação ao estudo da consistência interna na área *Funções Familiares*, verificou-se que os valores da correlação do *item* total corrigido variavam entre $r = ,55$ e $r = ,69$. Os valores de α e ω foram classificados como bons ($\alpha = 0,81$; $\omega = 0,81$), à semelhança dos resultados obtidos por Narciso (2010), com um valor de $\alpha = 0,84$ na área das *Funções Familiares* (Anexo 8).

Relativamente à área da *Rede Social*, neste estudo verificou-se que os valores da correlação do *item* total corrigido variavam entre $r = ,53$ e $r = ,66$; e que os valores de α e de ω eram respetivamente 0,75 e 0,77, o que revelou uma consistência interna média. Resultados semelhantes foram obtidos por Narciso (2010), que obteve para esta área da vida conjugal, uma consistência interna média de $\alpha = 0,73$ (Anexo 8).

Na área da *Autonomia*, os valores da correlação do *item* total corrigido apresentaram a sua expressão máxima no *item* 11 ($r = ,77$), com um valor mínimo no *item* 12 ($r = ,52$). Os valores de α e ω foram classificados como bons ($\alpha = 0,81$; $\omega = 0,81$), à semelhança dos resultados obtidos por Narciso (2010), que obteve uma consistência interna de $\alpha = 0,82$ (Anexo 8).

Por fim, em relação ao estudo da consistência interna da área da vida conjugal *Tempos Livres*, verificou-se que os valores da correlação do *item* total corrigido são $r = ,52$. Os valores de α foram classificados como razoáveis ($\alpha = 0,68$), revelando uma consistência interna inferior à obtida por Narciso (2010) para a respetiva área da vida conjugal ($\alpha = 0,70$ – consistência interna média) (Anexo 8).

1.3.3 – Análise descritiva da EASAVIC

A análise descritiva permite a compreensão de informações numéricas. É utilizada para resumir e descrever dados (Polit & Beck, 2019). Neste subcapítulo, optou-se por utilizar a média ponderada na apresentação dos resultados, uma vez que facilita a sua compreensão e a comparação dos resultados com os da autora, que também recorreu à média ponderada.

Após o tratamento de dados, foi possível constatar que a nível global, a amostra se encontra satisfeita em todas as áreas da vida conjugal, pois na EASAVIC Global, os participantes pontuaram em média, 4,87 (Min=3,05; Max= 5,91), com DP= 0,67 (Tabela 10). Estes resultados sugerem que os participantes possuíam poucos problemas a nível conjugal.

Os resultados relativos à avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal através da EASAVIC, indicam que o valor médio mais elevado corresponde à área da *Intimidade Emocional* (M=5,16; DP=0,71), seguindo-se a área das *Funções Familiares* (M=4,79; DP=0,77), a área da *Sexualidade* (M=4,76; DP=0,85), a área da *Comunicação/Conflito* (M=4,74; DP=0,93), da *Rede Social* (M=4,68; DP=0,94), da *Autonomia* (M=4,67; DP=0,87), e por fim, com valor mais baixo, a área dos *Tempos Livres* (M=3,84; DP=1,01). Os coeficientes de variação oscilam entre uma dispersão baixa a moderada (Tabela 10). Deste modo, estes dados revelam que a área da satisfação conjugal onde os participantes se encontram mais satisfeitos é na *Intimidade Emocional* e a área onde se encontram menos satisfeitos é nos *Tempos Livres*. Para além disso, revelam ainda que os participantes se encontram satisfeitos na *Comunicação/Conflito*, *Sexualidade*, *Funções Familiares*, *Autonomia* e *Rede Social*.

Tabela 10

Estatísticas descritivas da EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal

	Min	Max	M	DP	CV (%)
<i>Intimidade Emocional</i>	3,17	6	5,16	0,71	13,75
<i>Sexualidade</i>	2,67	6	4,76	0,85	17,85
<i>Comunicação/Conflito</i>	2,43	6	4,74	0,93	19,62
<i>Funções Familiares</i>	2,75	6	4,79	0,77	16,07
<i>Rede Social</i>	1,67	6	4,68	0,94	20,08
<i>Autonomia</i>	2,5	6	4,67	0,87	18,62
<i>Tempos Livres</i>	1,5	6	3,84	1,01	26,30
EASAVIC Global	3,05	5,91	4,87	0,67	13,75

1.3.4 – Análise Inferencial

A análise inferencial, assenta em leis da probabilidade e permite ao investigador fazer inferências sobre a população através dos dados da amostra (Polit & Beck, 2019). Neste subcapítulo, apresentam-se os resultados referentes à análise inferencial, tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

Assim, para obter a comparação de médias da EASAVIC Global consoante o sexo, aplicou-se o teste *t* de Student para amostras independentes e constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas neste *score* ($t=0,163$; $p=,871$) (Tabela 11). Deste modo, os homens e as mulheres estão, em média, satisfeitos com a conjugalidade de forma semelhante.

Tabela 11

Teste t de Student para comparação de médias da EASAVIC Global consoante o sexo

	Masculino (n=52)		Feminino (n=52)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	4,86	0,72	4,88	0,63	0,163	,871

Posteriormente, realizou-se a comparação de médias da EASAVIC por áreas da vida conjugal para a variável sexo através da utilização do teste U de Mann-Whitney para amostras independentes. Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 12, é possível inferir que não há diferenças estatisticamente significativas entre as ordens médias das áreas da vida conjugal conforme o sexo dos casais ($p \geq ,05$). No entanto, na área das *Funções Familiares* verificou-se a existência de uma significância marginal ($p = ,086$), com os homens mais satisfeitos, em média, nesta área do que as mulheres, valor a considerar para estudos com amostras maiores.

Apesar da inexistência de significância estatística, é interessante observar que as mulheres estão mais satisfeitas com a *Intimidade Emocional* e com a *Sexualidade* do que os homens, dado os valores das ordens médias. Por outro lado, estão menos satisfeitas nas restantes áreas da vida conjugal (Tabela 12).

Tabela 12

Teste U de Mann-Whitney para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o sexo

Áreas da Vida Conjugal	Sexo		<i>U</i>	<i>p</i>
	Masculino (n=52)	Feminino (n=52)		
	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	51,57	53,43	1303,5	,752
<i>Sexualidade</i>	51,40	53,60	1295	,710
<i>Comunicação/Conflito</i>	52,98	52,02	1377	,871
<i>Funções Familiares</i>	57,55	47,45	1089,5	,086
<i>Rede Social</i>	54,23	50,77	1262,0	,556
<i>Autonomia</i>	52,79	52,21	1337,0	,922
<i>Tempos Livres</i>	54,24	50,76	1261,50	,551

Para avaliar a relação entre a idade dos participantes e a EASAVIC Global aplicou-se a correlação de Pearson, tendo por base a satisfação dos pressupostos de normalidade. Constatou-se que a correlação é fraca e não é estatisticamente significativa ($r=,015$; $p=,877$) (Tabela 13).

Foi aplicado o teste de correlação de Spearman, para avaliar se as áreas da vida conjugal e a idade se encontravam correlacionadas. Contudo, constatou-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre estas variáveis (Tabela 13).

Tabela 13

Correlação de Pearson e Spearman entre a idade dos participantes e a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal

	<i>r</i>	<i>p</i>
EASAVIC Global	,015	,877
Áreas da Vida Conjugal	<i>rho</i>	<i>p</i>
<i>Intimidade Emocional</i>	,083	,401
<i>Sexualidade</i>	-,066	,503
<i>Comunicação/Conflito</i>	,066	,508
<i>Funções Familiares</i>	,135	,171
<i>Rede Social</i>	-,042	,670
<i>Autonomia</i>	-,101	,307
<i>Tempos Livres</i>	,005	,960

A fim de verificar a relação entre a EASAVIC Global e as classes etárias dos participantes foi aplicado o teste ANOVA, tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, pode constatar-se que, em média, a satisfação conjugal global dos casais não varia consoante a idade por classes ($F= ,586$; $p=,558$) (Tabela 14).

Tabela 14

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global consoante as classes etárias dos participantes

Classes etárias (anos)	24 – 30 (n=18)		31 – 40 (n=73)		41 – 55 (n=13)		<i>F</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	4,92	0,51	4,83	0,74	5,05	0,46	,586	,558

Com o intuito de avaliar se a EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal se encontrava relacionada com a idade dos participantes por classes etárias, foi aplicado o teste de H de Kruskal-Wallis. Deste modo, constatou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas perante estas variáveis ($p=,583$) (Tabela 15).

Apesar da inexistência de diferenças estatísticas significativas é interessante observar que os participantes na classe etária dos 41 – 55 anos se encontravam mais satisfeitos na Área da *Comunicação/Conflito* (OM=62,81) e menos satisfeitos com a *Rede Social* (OM=47,12). Por sua vez, a classe etária dos 31– 40 encontra-se mais satisfeita com as *Funções Familiares* (OM=54,71) e menos satisfeita na Área da *Comunicação/Conflito* (OM=49,34). Por último, participantes com idade entre os 24–30 anos encontravam-se mais satisfeitos na Área da *Comunicação/Conflito* (OM=57,89) e menos satisfeitos na Área das *Funções Familiares* (OM=43,94) (Tabela 15).

Tabela 15

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante as classes etárias dos participantes

Classes etárias (anos)	24 – 30 (n=18)	31 – 40 (n=73)	41– 55 (n=13)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	51,31	51,35	60,62	1,078	,583
<i>Sexualidade</i>	55,17	50,67	59,08	1,032	,597
<i>Comunicação/Conflito</i>	57,89	49,34	62,81	2,907	,234
<i>Funções Familiares</i>	43,94	54,71	51,96	1,865	,394
<i>Rede Social</i>	51,97	53,59	47,12	0,522	,770
<i>Autonomia</i>	54,81	52,52	49,19	0,265	,876
<i>Tempos Livres</i>	48,67	53,93	49,77	0,577	,749

No sentido de aferir se o estado civil apresentava diferenças nas médias da EASAVIC Global, aplicou-se o teste ANOVA para comparação de médias. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($F=2,058$; $p=,133$) (Tabela 16), concluindo-se assim que a satisfação conjugal global não difere de acordo com o estado civil dos participantes.

Tabela 16

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global conforme o estado civil

Estado Civil	Solteiro (n=8)		Casado (n=52)		União de facto (n=4)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	5,03	0,34	4,99	0,62	4,72	0,77	2,058	,133

Também se procurou verificar se existiam diferenças nas diferentes áreas da vida conjugal conforme o estado civil. Para isso, foi aplicado o teste H de Kruskal-Wallis.

Os resultados apresentados na Tabela 17 indicam que há diferenças estatisticamente significativas na área *Tempos Livres* ($H=10,455$; $p=,005$). Portanto, a satisfação com Área dos *Tempos Livres* difere de acordo com o estado civil. Os testes de comparação múltipla par a par revelaram que estas diferenças se encontravam entre a classe da união de facto e casado ($p=,034$) e entre a classe da união de facto e solteiro ($p=,003$). Ser solteiro apresenta níveis de satisfação conjugal superior e estatisticamente significativo na área dos *Tempos Livres* (OM=77,19) quando comparados com os que viviam em união de facto (OM= 43,44) e com os casados (OM=56,37) (Tabela 17).

Observou-se, uma significância marginal na área das *Funções Familiares* ($p=,088$), com os casados mais satisfeitos em média (OM= 58,58) do que os solteiros (OM=53,88) e do que os que se encontravam em união de facto (OM=45,07) (Tabela 17), valores também eles a considerar.

Tabela 17

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o estado civil

Estado civil	Solteiro (n=8)	Casado (n=52)	União de facto (n=4)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	49,56	55,69	49,26	1,168	,558
<i>Sexualidade</i>	67,94	52,91	49,20	2,642	,267
<i>Comunicação/Conflito</i>	51,31	58,38	45,77	4,190	,123
<i>Funções Familiares</i>	53,88	58,58	45,07	4,857	,088
<i>Rede Social</i>	57,50	56,10	47,34	2,278	,320
<i>Autonomia</i>	51,38	56,11	48,44	1,571	,456
<i>Tempos Livres</i>	77,19	56,37	43,44	10,455	,005

Para avaliar a relação entre a EASAVIC Global e as habilitações literárias aplicou-se o teste ANOVA. De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas na satisfação conjugal global conforme as habilitações literárias ($p=,215$) (Tabela 18).

Tabela 18

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global de acordo com as habilitações literárias

Habilitações literárias	3º Ciclo (n=3)		Ensino Secundário (n=31)		Ensino Superior (n=70)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	4,36	0,34	5,01	0,69	4,84	0,68	1,563	,215

Foi também aplicado o teste o teste H de Kruskal-Wallis, para avaliar se as Áreas da Vida Conjugal se encontravam relacionadas com as habilitações literárias. Neste sentido, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas no estudo destas variáveis ($p \geq ,05$). Contudo, verifica-se uma significância marginal ($p=,072$) na área da *Intimidade Emocional*, com os participantes com ensino secundário mais satisfeitos em média (OM= 59,90) e com os participantes com o terceiro ciclo (OM=21,83) menos satisfeitos (Tabela 19).

Tabela 19

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante as habilitações literárias

Habilitações literárias	3.º ciclo (n=3)	Ensino Secundário (n=31)	Ensino Superior (n=70)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	21,83	59,90	50,54	5,276	,072
<i>Sexualidade</i>	49,33	57,31	50,51	1,131	,568
<i>Comunicação/Conflito</i>	37,00	58,68	50,43	2,432	,296
<i>Funções Familiares</i>	31,33	54,65	52,46	1,654	,437
<i>Rede Social</i>	23,83	58,32	51,15	4,063	,131
<i>Autonomia</i>	47,67	56,18	51,08	0,703	,704
<i>Tempos Livres</i>	37,50	56,50	51,37	1,422	,491

Com o intuito de aferir se a profissão apresentava diferenças nas médias da EASAVIC Global, foi utilizado o teste estatístico ANOVA, tendo-se verificado que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($F=0,945$; $p=,392$). Neste sentido, constatou-se que a

satisfação conjugal global não diferia consoante a profissão dos participantes (Tabela 20). Importa referir que, para permitir a análise inferencial dos dados e evitar categorias com $n=1$, que inviabilizariam a realização de testes estatísticos, foram reagrupadas as profissões dos participantes enquadrados no Grau 1 e no Grau 5, de acordo com a classificação para a profissão segundo a Escala de Graffar Adaptada, incorporando-os, respetivamente, aos grupos adjacentes mais próximos, devido à proximidade entre os graus consecutivos, de forma a garantir maior robustez estatística.

Tabela 20

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global consoante a profissão

Profissão	Grau 2 (n=58)		Grau 3 (n=20)		Grau 4 (n=25)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	4,81	0,68	4,93	0,74	5,03	0,57	0,945	,392

Também se analisou se existiam diferenças de médias nas áreas da vida conjugal conforme a profissão. Para tal, foi aplicado o teste H de Kruskal-Wallis, tendo-se constatado que não existiam diferenças estatisticamente significativas no estudo destas variáveis ($p \geq 0,05$) (Tabela 21).

Tabela 21

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante a profissão

Profissão	Grau 2 (n= 58)	Grau 3 (n=20)	Grau 4 (n=25)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	48,25	57,23	56,52	2,102	,350
<i>Sexualidade</i>	49,28	56,38	54,80	1,133	,568
<i>Comunicação/Conflito</i>	49,24	51,55	58,76	1,786	,409
<i>Funções Familiares</i>	50,28	58,55	50,76	1,213	,545
<i>Rede Social</i>	49,06	49,28	61,00	3,041	,219
<i>Autonomia</i>	49,70	50,65	58,42	1,561	,458
<i>Tempos Livres</i>	48,64	51,80	59,96	2,580	,275

Para avaliar a relação entre a idade da criança e a EASAVIC Global aplicou-se a correlação de Pearson, tendo-se constatado uma correlação fraca e não significativa estatisticamente ($r = -,073$; $p = ,463$) (Tabela 22).

Foi aplicado o teste de correlação de Spearman, para avaliar se as áreas da vida conjugal e a idade da criança se encontravam correlacionadas. De acordo com os resultados obtidos (Tabela 22), verificou-se que existia uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa entre a *Autonomia* e idade da criança ($r = -,282$; $p = ,004$) e entre os *Tempos Livres* e a idade da mesma ($r = -,226$; $p = ,021$), o que significa que à medida que a idade da criança aumentava (0 – 18 meses), a *Autonomia* e os *Tempos Livres* dos casais diminuía.

Tabela 22

Correlação de Pearson e Spearman entre a idade da criança e a EASAVIC Global e por Áreas da Vida Conjugal

	<i>r</i>	<i>p</i>
EASAVIC Global	-,073	,463
Áreas da Vida Conjugal	<i>rho</i>	<i>p</i>
<i>Intimidade Emocional</i>	,012	,904
<i>Sexualidade</i>	-,58	,557
<i>Comunicação/Conflito</i>	,026	,792
<i>Funções Familiares</i>	-,138	,163
<i>Rede Social</i>	-,117	,238
<i>Autonomia</i>	-,282	,004
<i>Tempos Livres</i>	-,226	,021

A fim de aferir se as classes etárias dos filhos apresentavam diferenças na EASAVIC Global, recorreu-se ao teste ANOVA, tendo-se constatado que existiam diferenças de médias estatisticamente significativas na EASAVIC Global conforme as idades dos filhos por classes etárias ($F = 3,26$; $p = ,042$) (Tabela 23).

Os testes *post-hoc* de Bonferroni revelaram que essas diferenças estavam entre a classe dos 0 – 5 meses e a classe dos 6 – 12 meses ($p = ,042$). O valor médio da EASAVIC Global é mais elevado nos casais com filhos dos 0 – 5 meses ($M = 4,99$), verificando-se um decréscimo do valor médio na classe etária dos 6 – 12 meses ($M = 4,58$) (Tabela 23).

Tabela 23

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global nas classes etárias dos filhos em meses

Classes etárias (meses)	0 – 5 (n=50)		6 – 12 (n=25)		13 – 18 (n=29)		<i>F</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	4,99	0,67	4,58	0,62	4,93	0,70	3,26	,042

Para comparar as médias das diferentes áreas da EASAVIC por *classes etárias dos filhos* foi aplicado o teste H de Kruskal-Wallis (Tabela 24). Os resultados apresentados indicam que há diferenças estatisticamente significativas na área da *Comunicação/Conflito* ($H=10,58$; $p=,005$), *Rede Social* ($H=16,52$; $p<,001$), *Autonomia* ($H=11,00$; $p=,004$) e *Tempos Livres* ($H=16,25$; $p<,001$) consoante as classes etárias dos filhos dos participantes. As médias mais baixas em todas as áreas da vida conjugal ocorreram na faixa etária dos 6-12 meses.

Os testes de comparação múltipla par a par, na área da *Comunicação/Conflito*, revelaram diferenças estatisticamente significativas entre a classe dos 0 – 5 meses e a classe dos 6 – 12 meses ($p=,021$); e desta (6 – 12 meses), com a classe dos 13 – 18 meses ($p=,006$). A ordem média dos 0 – 5 meses apresentou valores mais elevados (OM=55,76) do que dos 6 – 12 meses (OM=35,92), o que significa que a satisfação conjugal na área da *Comunicação/Conflito* é, em média, maior em casais com filhos dos 0 – 5 meses do que em casais com filhos dos 6 – 12 meses. A ordem média dos 13 – 18 meses apresenta valores mais elevados (OM= 61,17) do que no semestre anterior (OM=35,92), o que significa que a satisfação conjugal na área da *Comunicação/Conflito* é, em média, superior nos participantes com filhos dos 13 – 18 meses do que nos participantes com filhos dos 6 – 12 meses (Tabela 24).

Tal como ocorre para a área na área da *Comunicação/Conflito*, também na área da *Rede Social*, os testes de comparação múltipla par a par mostraram diferenças estatisticamente significativas entre a classe dos 0 – 5 meses e a dos 6 – 12 meses ($p<,001$); e entre esta, e a classe dos 13 – 18 meses ($p=,003$). A ordem média dos 0 – 5 meses apresenta um valor mais elevado (OM= 60,86) do que dos 6 – 12 meses (OM= 31,58) o que significa que a satisfação conjugal na área da *Rede Social* é, em média, superior nos participantes com filhos dos 0 – 5 meses do que nos participantes com filhos dos 6 – 12 meses (Tabela 24).

No que diz respeito à área *Autonomia*, os testes de comparação múltipla par a par revelaram diferenças estatisticamente significativas entre a classe dos 0 – 5 meses e a classe dos 6 – 12 meses ($p=,002$); e entre a classe dos 0 – 5 meses e classe dos 13 – 18 meses ($p=,036$). A ordem média dos 0 – 5 meses (OM=62,13) é maior do que dos 6 – 12 meses (OM=39,08), o que significa que, em média, a satisfação conjugal na área da *Autonomia* é maior em casais com filhos dos 0 – 5 meses do que em casais com filhos dos 6 – 12 meses, ou seja, do primeiro para o segundo semestre de vida da criança, verificou-se, na amostra, uma diminuição significativa da satisfação conjugal na área da *Autonomia* (Tabela 24).

A ordem média na área da *Autonomia* dos 0 – 5 meses (OM=62,13) é maior do que a ordem média dos 13 – 18 meses (OM=47,47), pelo que, em média, a satisfação conjugal nesta área

é mais elevada em casais com filhos dos 0 – 5 meses do que em casais dos 13 – 18 meses, tendo-se verificado uma diminuição significativa na satisfação conjugal dos casais com crianças dos 13 – 18 meses comparativamente aos casais com filhos dos 0 – 6 meses (Tabela 24).

Na área dos *Tempos Livres*, os testes de comparação múltipla par a par indicaram diferenças estatisticamente significativas entre a classe dos 0 – 5 meses e a classe dos 6 – 12 meses ($p<,001$); e entre a classe dos 0 – 5 meses e a classe dos 13 – 18 meses ($p=,028$). Deste modo, os casais com filhos dos 0 – 5 meses encontravam-se, em média, mais satisfeitos na área dos *Tempos Livres* (OM=63,66), do que casais com filhos dos 6 – 12 meses (OM=34,98). Para além disso, os casais com filhos dos 0 – 5 meses encontravam-se, em média, mais satisfeitos com esta área (OM=63,66) do que casais com filhos dos 13 – 18 meses (OM=48,36) (Tabela 24).

Por fim, verificou-se ainda uma significância marginal na área das *Funções Familiares* ($p=,079$), em que casais com crianças dos 0 – 5 meses estavam mais satisfeitos, em média, (OM= 58,06) do que casais com crianças dos 6 – 12 (OM=41,50) e dos 13-18 (OM=52,40), valores a considerar em estudos com amostras maiores (Tabela 24).

Tabela 24

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias entre EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal nas classes etárias dos filhos

Classes etárias (meses)	0 – 5 (n=50)	6 – 12 (n=25)	13 –18 (n=29)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	54,95	44,42	55,24	2,37	,306
<i>Sexualidade</i>	55,26	46,48	52,93	1,43	,490
<i>Comunicação/Conflito</i>	55,76	35,92	61,17	10,58	,005
<i>Funções Familiares</i>	58,06	41,50	52,40	5,09	,079
<i>Rede Social</i>	60,86	31,58	56,12	16,52	,001
<i>Autonomia</i>	62,13	39,08	47,47	11,00	,004
<i>Tempos Livres</i>	63,66	34,98	48,36	16,25	,001

Para estudar se existiam diferenças entre as classes sociais da família consoante as médias da EASAVIC Global foi aplicado o teste ANOVA. Os resultados apresentados na Tabela 25

revelaram que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo ($p=,188$).

Tabela 25

Teste ANOVA para comparação de médias da EASAVIC Global conforme o nível socioeconómico da família

Classes sociais	Alta (n=16)		Média alta (n=68)		Média (n=20)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
EASAVIC Global	5,00	0,56	4,90	0,71	4,60	0,62	1,702	,188

Por fim, foi utilizado o teste H de Kruskal-Wallis para verificar se existiam diferenças de médias nas diferentes áreas da vida conjugal conforme o nível socioeconómico da família, tendo-se constatado a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($p=,188$) (Tabela 26).

No entanto, na área da *Comunicação/Conflito* verificou-se a existência de uma significância marginal ($p=,090$), com a classe média, em média, mais satisfeita nesta área (OM=60,33) do que a classe média alta (OM=53,46) e alta (OM=38,63), valor a considerar para estudos com amostras maiores (Tabela 26).

Tabela 26

Teste H de Kruskal-Wallis para comparação de médias da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal consoante o nível socioeconómico da família

Classes sociais	Alta (n=16)	Média alta (n=68)	Média (n=20)	H	p
Áreas da Vida Conjugal	OM	OM	OM		
<i>Intimidade Emocional</i>	42,22	53,17	58,45	2,676	,262
<i>Sexualidade</i>	39,06	54,40	56,78	3,865	,145
<i>Comunicação/Conflito</i>	38,63	53,46	60,33	4,819	,090
<i>Funções Familiares</i>	42,69	55,96	48,58	2,964	,227
<i>Rede Social</i>	47,66	52,74	55,58	0,634	,728
<i>Autonomia</i>	40,34	55,18	53,13	3,186	,203
<i>Tempos Livres</i>	45,03	52,26	59,28	2,048	,359

De referir que não foi realizada a análise inferencial para a gemelaridade dado o número reduzido de elementos. De seguida será apresentada a discussão dos resultados.

1.4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a discussão, o investigador confronta os resultados obtidos com outros trabalhos que retratam o mesmo fenómeno (Fortin, 2009). Deste modo, e tendo em conta os objetivos previamente definidos para o estudo, será agora apresentada a discussão dos resultados.

A amostra desta investigação é constituída por 52 casais heterossexuais, com idades compreendidas entre os 24 e os 55 anos, “primíparos”, e cuja idade da criança variava entre 0 – 18 meses. Na sua maioria eram casados, com escolaridade de nível superior, encontravam-se empregados e pertenciam à classe social média alta.

Relativamente ao **primeiro objetivo** deste estudo, *Conhecer a satisfação conjugal dos casais em transição para a parentalidade*, constatou-se que, na generalidade, os casais se encontravam satisfeitos com a conjugalidade, não existindo diferenças entre os cônjuges, o que vai ao encontro do estudo realizado por Camarneiro e Justo (2012), onde se verificou que casais com um ou mais filhos, se encontravam satisfeitos com a relação conjugal, embora o valor médio de satisfação desses casais fosse superior durante a gravidez.

Também os resultados de Narciso (2010), corroboram esta investigação, na medida em que o valor médio da EASAVIC Global traduziu satisfação com a conjugalidade por parte da população estudada.

De acordo com Mendes (2009), durante a transição para a parentalidade existem famílias que experienciam vivências positivas na conjugalidade, tais como, uma maior união entre o casal, uma maior partilha de tarefas, uma maior cooperação e o reinício do namoro, o que poderá eventualmente, explicar os resultados de satisfação obtidos.

Relativamente à satisfação por áreas da vida conjugal, a *Intimidade Emocional* foi a área onde os casais do presente estudo se sentiam mais satisfeitos. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Fernandes (2023), que após aplicar a EASAVIC em famílias grávidas e com primeiro filho até aos 12 meses, encontrou valores elevados na área da *Intimidade Emocional*. Contudo, contrariam os resultados de Narciso (2010), realizado para a população portuguesa, que aponta a *Sexualidade* como a área da vida conjugal onde os participantes se encontravam mais satisfeitos.

De acordo com Fenny e Collins (2015), o envolvimento do casal no cuidado ao bebé após o nascimento do primeiro filho, tende a reforçar sentimentos de proximidade e a coesão emocional, protegendo a relação conjugal.

Depois da *Intimidade Emocional*, a área das *Funções Familiares*, foi aquela onde os casais deste estudo se encontravam mais satisfeitos. Este resultado veio contrariar os estudos de

Narciso (2010) e de Fernandes (2023), que a apontam as *Funções Familiares* como uma das áreas da vida conjugal onde os participantes se encontravam menos satisfeitos.

Segundo Narciso e Costa (1996), a área *Funções Familiares* inclui a gestão financeira, as tarefas domésticas, as decisões e as responsabilidades do casal. Para que a transição para a parentalidade decorra sem complicações é fundamental que o casal partilhe a responsabilidade de lidar com múltiplos encargos para não subcarregar o parceiro, tais como a partilha das tarefas domésticas, financeiras e de educação da criança (Wright & Leahey, 2011).

Depois da *Intimidade Emocional* e das *Funções Familiares*, a *Sexualidade* foi a área da vida conjugal com valores de satisfação mais elevados, o que corrobora com os resultados de Fernandes (2023) e contraria os de Narciso (2010), como atrás referido.

Um estudo realizado por Silva et al. (2021), aponta o reinício e a manutenção da *Sexualidade* como um dos fatores dificultadores da conjugalidade após o nascimento do primeiro filho. Assumir um novo papel, o de pai e o de mãe, interfere na vida conjugal, principalmente na *Sexualidade*. Casais com filhos apresentam um menor nível de satisfação sexual e menos tempo para realizarem atividades em comum (Nourani et al., 2019). O cansaço, a privação do sono, alterações no desejo sexual e as alterações físicas e da perceção da imagem corporal, são frequentemente apontadas pelos casais como as principais causas de alterações da libido e da intimidade no período do pós-parto (Cercas et al., 2023).

Quanto à área da *Comunicação/Conflito*, os casais do estudo revelaram-se satisfeitos, o que corrobora uma vez mais, com o estudo de Fernandes (2023) e com os resultados obtidos por Narciso (2010).

Moraes e Granato (2016), defendem que após o nascimento do primeiro filho, as discussões e os conflitos entre o casal poderão aumentar, a efetividade da comunicação pode diminuir e culminar em insatisfação.

De acordo com o estudo realizado por Silva et al. (2021), a comunicação conjugal é fundamental para a satisfação do casal, sendo entendida como um fator protetor da conjugalidade. Comunicar ao outro, os seus sentimentos, frustrações e necessidade de ajuda, permite a resolução de problemas e conflitos entre os cônjuges.

Narciso e Ribeiro (2009), salientam a importância da comunicação na resolução de conflitos. A conceção generalizada de que o outro tem por obrigação saber o que o companheiro/cônjuge sente, sem que lhe seja dito, tem de ser desmistificada.

A *Rede Social*, é uma das três áreas da vida conjugal, onde os participantes se encontram menos satisfeitos. Estes resultados foram corroborados por Narciso (2010), apontando a *Rede Social*, como a 3ª área onde a satisfação conjugal é menor.

De acordo com Andrade (2023), após o nascimento do primeiro filho, é frequente assistir-se a uma aproximação com a família de origem e a um afastamento social, o que poderá justificar os resultados obtidos. A família alargada, quando sentida como fonte de suporte e proximidade, é entendida como fator protetor da conjugalidade (Pinto, 2016).

A existência de uma rede social de apoio é fundamental para casais em transição para a parentalidade (Pinto, 2016). Após o nascimento do primeiro filho, o casal necessita de aprender e de se adaptar ao papel parental, recorrendo para tal, a familiares, amigos, profissionais de saúde, livros e revistas, televisão, rádio e internet, esclarecendo deste modo as suas dúvidas e dando resposta às suas necessidades (Pinto & Monteiro, 2018).

Quanto à área da *Autonomia*, os casais encontravam-se satisfeitos nesta área, o que vai uma vez mais, vai ao encontro dos resultados obtidos por Fernandes (2023) e Narciso (2010).

Ainda que traduzindo satisfação, a *Autonomia* revelou ser a segunda área da vida conjugal com valores médios mais baixos, o que pode ser explicado por Alarcão (2006), que aponta a dificuldade do casal em articular as suas funções enquanto pais, casal e seres individuais após o nascimento do primeiro filho. Para além disso, na maioria das vezes, o quarto do casal passa a ser partilhado pela criança, um ser exigente, que desconhece os horários dos pais e que se encontra centrado em si mesmo, solicitando-os a qualquer hora, em função das suas necessidades.

Relativamente aos *Tempos Livres*, é a área da vida conjugal onde os participantes se encontravam menos satisfeitos, o que mais uma vez, vai ao encontro do estudo de Fernandes (2023) e de Narciso (2010).

Um estudo realizado por Soares (2023) sobre a conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade, revelou que, a escassez de tempo para o casal e a diminuição das atividades realizadas em conjunto culminaram em insatisfação dos cônjuges. Estas narrativas vão ao encontro de Sabey (2020), que refere que após o nascimento do primeiro filho, o casal tem menos tempo para si e mais dificuldade em conciliar a vida conjugal com os cuidados ao bebé.

De acordo com Saxbe et al. (2018), a transição para a parentalidade é uma experiência transformadora, que altera o autoconceito, os papéis sociais bem como as rotinas diárias do casal. Justificado pelo cansaço e pelo tempo destinado ao bebé, assiste-se frequentemente a uma diminuição do tempo livre para a realização de atividades a dois, o que impede o fortalecimento da relação, culminando em insatisfação conjugal (Shorey et al., 2019).

No que diz respeito ao **segundo objetivo** deste estudo – *Identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias*, verificou-se que a área da vida conjugal *Tempos Livres*, difere de acordo com o estado civil. Os casados encontravam-se significativamente mais satisfeitos nesta área do que os casais que viviam em união de facto. Por sua vez, estes últimos, encontravam-se significativamente menos satisfeitos que os solteiros.

Embora não tenham sido encontrados estudos que relacionassem o estado civil com a satisfação conjugal na área dos *Tempos Livres*, Horowitz et. al. (2019), constatou que adultos casados se encontravam mais satisfeitos com o relacionamento do que os que vivem em união de facto. Este resultado deve-se à maior segurança e senso de indissolubilidade que o casamento traz à relação (Lopes et al. 2010).

Contudo, Silva (2019), ao estudar a satisfação conjugal e a sua influência no bem-estar infantil, verificou que casais casados e em união de facto se encontravam mais satisfeitos a nível conjugal, o que acaba por vir contrariar os resultados deste estudo, onde os solteiros se encontravam significativamente mais satisfeitos que os casais em união de facto. Tal resultado, poderá eventualmente ser justificado devido ao facto de casais solteiros disporem de uma maior autonomia para gerirem o seu tempo de acordo com as suas preferências individuais e pelo facto de estarem menos sujeitos a conflitos conjugais que consomem o seu tempo livre.

Após a análise dos resultados, observou-se uma significância marginal na área da vida conjugal *Funções Familiares* consoante o estado civil, com os casados mais satisfeitos do que os solteiros e do que os casais em união de facto nesta área da vida conjugal.

Num estudo realizado sobre casamento e união de facto, realizado por Horowitz et. al. (2019), casais casados encontravam-se mais satisfeitos na área das *Funções Familiares* do que aqueles que viviam em união de facto, o que vai ao encontro dos resultados obtidos.

Relativamente à idade da criança, verificou-se que a idade em meses, se encontrava relacionada com a área da vida conjugal *Autonomia* e *Tempos Livres*, sendo que, à medida que a idade da criança aumentava (0 – 18 meses), a satisfação conjugal dos pais nestas áreas diminuía.

De acordo com a DGS (2013), o desenvolvimento psicomotor da criança é um processo dinâmico e contínuo. À medida que crescem, os bebés vão desenvolvendo as suas capacidades psicomotoras e a relação com quem os rodeia. Progressivamente, o bebé começa a explorar o ambiente e a adquirir maior mobilidade, elevando a necessidade de

vigilância e o esforço físico e emocional dos cuidadores, o que poderá explicar os resultados obtidos.

Alarcão (2006), aponta também a dificuldade na articulação do papel parental com a conjugalidade nesta etapa do ciclo vital, pois apesar da tentativa de clarificação de fronteiras, o tempo conjugal é frequentemente intercetado pelas exigências da parentalidade, cabendo a cada díade conjugal, a capacidade de se reajustar face às vicissitudes que possam surgir.

Ao avaliar a satisfação conjugal global conforme a idade das crianças por classes, verificou-se que a mesma variava consoante a faixa etária, o que não é condizente com os resultados obtidos por Pires (2008), pois embora tenha constatado valores médios mais elevados na EASAVIC Global em participantes com crianças com idade inferior a 6 anos, verificou que estas diferenças não eram estatisticamente significativas. Também o estudo de Silva (2019), contraria este resultado, na medida em que a idade da criança (2 – 13 meses) não apresenta qualquer relação significativa com a satisfação conjugal dos participantes.

De acordo com os resultados deste estudo, verificaram-se diferenças na satisfação conjugal global dos participantes consoante a classe etária dos filhos, sendo que os casais com crianças dos 0 – 5 meses se encontravam significativamente mais satisfeitos do que aqueles com filhos entre 6 – 12 meses.

Os resultados supracitados, estão de acordo com os do estudo de Lawrence et al. (2008), que identificou uma diminuição significativa da satisfação conjugal ao longo do primeiro ano pós-parto, sugerindo que a transição para a parentalidade tem um efeito negativo na satisfação conjugal, especialmente nos primeiros de meses de vida da criança. Também os resultados obtidos por Santos (2024) corroboraram os deste estudo, na medida em que mães “primíparas” com filhos até aos 5 meses relataram maiores níveis de satisfação conjugal, comparativamente às mães de crianças entre os 6 – 12 meses.

Este resultado, pode eventualmente dever-se ao facto de os casais se concentrarem sobretudo nas crianças durante os primeiros meses de vida, ficando menos sensíveis aos problemas conjugais. Contudo, quando as famílias são incapazes de cumprir as tarefas inerentes à nova etapa do ciclo vital, o *stress* pode começar a impactar progressivamente a sua vida, provocando um declínio na satisfação conjugal durante o primeiro ano da criança.

Na área da *Comunicação/Conflito*, a satisfação conjugal é significativamente mais elevada em casais com filhos dos 0 – 5 meses, do que em casais com filhos dos 6 – 12 meses. Constatou-se também que casais com filhos dos 13 – 18 meses se encontravam em média e significativamente mais satisfeitos nesta área do que os casais com filhos dos 6 – 12 meses. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Santos (2024), onde mães “primíparas” com

bebés com menos de 5 meses relataram menos conflitos coparentais comparativamente às mães com crianças entre os 6 –12 meses.

Tais resultados podem ser justificados pela novidade da chegada do bebé ao seio familiar e pelo período inicial de adaptação. À medida que o bebé cresce, verifica-se um aumento da sobrecarga parental, a redução da intimidade conjugal e o confronto com as exigências da nova rotina familiar, o que poderá levar a níveis mais elevados de conflitos durante o primeiro ano de vida da criança (Santos, 2024).

Por outro lado, de acordo com o estudo de Cowan et al. (1985) conforme citado por Estrela (2023), os conflitos conjugais aumentam até aos 18 meses da criança, o que contraria os resultados obtidos e o estudo de Santos (2024).

Na área da *Rede Social*, casais com filhos dos 0–5 meses encontravam-se mais satisfeitos do que os casais com filhos dos 6 – 12 meses. Por sua vez, casais com filhos dos 6 – 12 meses encontravam-se menos satisfeitos do que casais com filhos dos 13 – 18 meses. Destes resultados é possível verificar que a satisfação dos casais com os *Tempos Livres* é menor nos casais com filhos dos 6 – 12 meses, o que poderá ser justificado por alterações nas rotinas das famílias, com o regresso da mãe ao trabalho, a integração da criança na creche e o aumento das exigências parentais (introdução alimentar, necessidade de maior vigilância para prevenção de acidentes), restando menos tempo para convívios e atividades de lazer. O aumento significativo da satisfação conjugal com os *Tempos Livres* em casais com filhos dos 13 – 18 meses, poderá eventualmente estar associado às novas rotinas e à melhoria do padrão de sono da criança.

Na área da *Autonomia*, casais com filhos dos 0 – 5 meses encontravam-se mais satisfeitos do que os casais com filhos dos 6 – 12 meses e dos 13 – 18 meses. Estes resultados poderão eventualmente ser justificados pela reduzida mobilidade do bebé nos primeiros meses de vida, pela elevada quantidade de horas que passa a dormir e pelo facto das redes de apoio se encontrarem mais ativas nos primeiros meses de vida. À medida que a criança cresce, as exigências parentais aumentam, pelo que a perceção de autonomia do casal tenderá eventualmente a diminuir.

Quanto à área dos *Tempos Livres*, casais com filhos dos 0 – 5 meses encontravam-se mais satisfeitos do que casais com filhos dos 6 – 12 meses e do que casais com filhos dos 13 – 18 meses. Até ao momento não foram encontrados estudos que abordassem a satisfação dos casais com os *Tempos Livres* consoante a classe etária dos filhos. Contudo, numa investigação realizada por Zheng et al. (2023), com 918 casais com filhos até aos 12 meses,

constatou-se uma redução significativa dos *Tempos Livres* no primeiro ano pós-parto, o que corrobora os resultados obtidos.

Durante a realização deste estudo de investigação, verificou-se uma significância marginal na área da vida conjugal *Funções Familiares*, com um maior nível de satisfação percecionado pelos casais com filhos dos 0 – 5 meses e um menor nível de satisfação percecionado pelos casais com filhos dos 6 – 12 meses. Ainda que estatisticamente marginal, pode refletir alterações profundas na vida destes casais, pelo que é importante que se tenha em consideração este resultado, incentivando a partilha de tarefas domésticas e de outras responsabilidades, tais como a gestão do orçamento familiar e os cuidados parentais.

O regresso da mulher ao trabalho, pode justificar a diminuição da satisfação conjugal na área das *Funções Familiares* durante o segundo semestre de vida da criança. De acordo com Andrade (2023), embora este retorno não tenha de representar, necessariamente, uma dificuldade na transição para a parentalidade, poderá ter um impacto negativo ao reduzir o tempo disponível para a criança e para as tarefas familiares.

Para além deste fator, os resultados obtidos podem também ser justificados pelo cansaço acumulado dos pais, decorrente da interrupção do sono e do aumento das tarefas parentais. Andrade (2023), identifica a fadiga como uma das dificuldades sentidas pelos casais durante os primeiros tempos após o nascimento dos filhos, associada, entre outros aspetos, à interrupção do sono para dar resposta às necessidades da criança.

Apesar de não se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas na satisfação conjugal global e por áreas da vida conjugal consoante o sexo, constatou-se a existência de uma significância marginal na área dos *Tempos Livres*, com os homens mais satisfeitos que as mulheres. Ainda que subtil, merece especial atenção, na medida em que poderá comprometer o bem-estar individual e familiar.

De acordo com Almeida (2016), a insatisfação conjugal das mulheres pode estar relacionada com o desequilíbrio do poder conjugal, com a partilha de atividades de assistência aos filhos desproporcional e com a desigualdade na partilha das tarefas domésticas, culminando na sobrecarga da mulher. Embora o modelo de organização familiar baseado numa divisão mais equitativa de papéis tenha vindo a ganhar maior relevância, estas responsabilidades ainda continuam fortemente associadas à mulher (Borsa & Nunes, 2011; Bernardi, 2017 conforme citado por Andrade, 2023).

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se uma significância marginal na área da *Intimidade Emocional*, com os participantes com ensino secundário mais satisfeitos nesta área e com os participantes com o terceiro ciclo menos satisfeitos.

De acordo com Matysiak et al. (2014), a educação melhora a capacidade para gerar rendimento, o que poderá diminuir as tensões conjugais e melhorar a qualidade de vida do casal. Para além disso, melhora os benefícios emocionais do casamento, uma vez que tende a melhorar as habilidades de comunicação e a capacidade para a resolução de conflitos conjugais, aumentando a satisfação conjugal do casal.

De acordo com os resultados obtidos, a satisfação conjugal global, não varia consoante a idade do casal. Tal resultado vai ao encontro do estudo realizado por Silva (2019) e por Camarneiro e Justo (2012), que constataram resultados semelhantes. Também a profissão não se relaciona com a satisfação conjugal e suas áreas. Este resultado vem contrariar Feijão e Morais (2018), que defendem que as exigências no exercício da profissão tendem a trazer repercussões nas dinâmicas familiares e conjugais. Para Nourani et al., (2019), a satisfação conjugal é influenciada, entre outros fatores, pela ocupação de cada um dos elementos do casal, o que contraria uma vez mais, os resultados obtidos.

Por fim, o nível socioeconómico não altera a satisfação conjugal e respetivas áreas. Este resultado, vem contrariar o estudo de Silva (2008), que identificou diferenças significativas na satisfação conjugal entre os níveis socioeconómicos médio, médio-alto e alto.

Em suma, casais “primíparos” em transição para a parentalidade encontravam-se satisfeitos com a conjugalidade, revelando um maior nível de satisfação na área da *Intimidade Emocional* e um menor nível de satisfação com os *Tempos Livres*. O estado civil e a idade dos filhos estavam relacionadas com a satisfação conjugal. Estes resultados vieram reforçar a necessidade de atenção por parte dos EEECAESF na satisfação conjugal destas famílias, permitindo-lhe intervir precocemente, facilitando o processo de transição para a parentalidade.

CONCLUSÃO

Este documento espelha o percurso da mestranda ao longo da prática clínica e reforça a complexidade da enfermagem de saúde familiar, na medida em que exige uma leitura atenta das relações familiares, das suas vulnerabilidades e potencialidades, com o intuito de promover a saúde, prevenir as doenças e de recuperar o equilíbrio e bem-estar das famílias. Ao longo deste caminho, ficou evidente que cuidar da família enquanto unidade vai muito mais além do que a aplicação de técnicas, requerendo sensibilidade para compreender as dinâmicas de cada família, disponibilidade para acolher as suas necessidades e capacidade para intervir de forma contextualizada.

Terminado este relatório, consideram-se alcançados os objetivos previamente definidos, tendo sido efetuada a descrição do contexto clínico e analisadas as atividades desenvolvidas, reconhecendo-se a complexidade do sistema familiar. Foi também realizada uma reflexão acerca das competências comuns e específicas inerentes EEECAESF, apresentando-se detalhadamente o estudo de investigação realizado no âmbito deste mestrado.

O percurso realizado permitiu a integração de conhecimentos teóricos na prática clínica, espaço privilegiado para a prestação de cuidados de proximidade às famílias. O processo de avaliação e intervenção familiar foi realizado tendo por base o MDAIF que permitiu a realização de uma colheita de dados sistematizada, formular diagnósticos e implementar um conjunto de intervenções ajustadas a cada família. A utilização deste modelo, contribuiu significativamente para a consolidação de boas práticas em enfermagem de saúde familiar, para a qualidade dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde.

As atividades desenvolvidas em contexto clínico proporcionaram múltiplas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição de um conjunto de saberes e de competências fundamentais para uma prestação de cuidados de qualidade. Contudo, apesar do interesse crescente em torno da enfermagem de saúde familiar, evidenciou-se, durante o estágio, um certo desfasamento entre a teoria e a prática, observando-se alguma resistência à mudança condicionada muitas vezes por limitações culturais e organizacionais que dificultam a prestação de cuidados centrados na família.

A atividade de investigação revelou-se uma experiência desafiante e enriquecedora na medida em que exigiu a revisão teórica de conteúdos de investigação, o desenvolvimento de conhecimentos em SPSS e um estudo prévio sobre a evidência existente acerca da temática que se pretendia estudar. Os objetivos do estudo foram alcançados, trazendo contributos significativos para a prática profissional. Os resultados deste trabalho sensibilizam os EEECAESF para a importância desta temática, incentivando-os a avaliar a satisfação conjugal

dos casais em transição para a parentalidade e a implementar intervenções que promovam o seu bem-estar e a satisfação conjugal durante esse período.

Após o nascimento do primeiro filho, os casais encontravam-se, em geral, satisfeitos com a conjugalidade. A *Intimidade Emocional* foi a área onde os casais se encontravam mais satisfeitos, seguindo-se as *Funções Familiares*, *Sexualidade*, *Comunicação/Conflito*, *Rede Social* e *Autonomia*. A área da vida conjugal *Tempos Livres* foi onde os casais se encontravam menos satisfeitos. O estado civil está relacionado com a satisfação conjugal na área dos *Tempos Livres*, tendo-se concluído que casais casados e solteiros se encontravam mais satisfeitos nesta área do que casais que se encontravam a viver em união de facto.

A idade dos filhos é a variável mais relevante para a satisfação conjugal, tendo-se concluído que a satisfação conjugal na área da *Autonomia* e dos *Tempos Livres* diminuía à medida que a idade da criança aumentava (0 – 18 meses). Ao analisar se a satisfação conjugal diferia consoante a classe etária dos filhos, concluiu-se que casais com filhos dos 0 – 5 meses se encontravam mais satisfeitos do que casais com filhos dos 6 – 12 meses.

Relativamente à satisfação por áreas da vida conjugal, foi possível concluir que na área da *Comunicação/Conflito* e *Rede Social*, a satisfação conjugal em casais com filhos dos 0 – 5 meses é maior do que em casais com filhos dos 6 – 12 meses e que casais com filhos dos 13 – 18 meses se encontravam também mais satisfeitos do que casais com filhos dos 6 – 12 meses. Por sua vez, na área da *Autonomia* e *Tempos Livres*, a satisfação conjugal dos casais com filhos dos 0 – 5 meses é mais elevada do que a satisfação conjugal em casais com filhos com filhos dos 6 – 12 meses e dos 13 – 18 meses.

Os resultados do estudo de investigação vieram confirmar a pertinência do tema, permitindo ao EEECAESF aprofundar os seus conhecimentos e melhorar as suas práticas, facilitando o processo de transição.

No que diz respeito às limitações, destaca-se o reduzido tamanho da amostra e a utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que não permite a generalização dos resultados para a população portuguesa. Para além desta, salienta-se a demora no parecer das comissões de ética, e o tipo de estudo realizado, que avaliou a satisfação conjugal dos participantes num momento único. Por último, aponta-se a escassez de estudos de investigação sobre a satisfação conjugal dos casais após o nascimento do primeiro filho, e em especial de estudos que utilizem a EASAVIC e que sejam realizados no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Em trabalhos futuros, sugere-se a replicação deste estudo de investigação em diferentes contextos e áreas geográficas, a fim de verificar a semelhança ou discrepância nos resultados

obtidos. Sugere-se também a realização de um estudo longitudinal, que avalie a satisfação conjugal de casais sem filhos e com primeiro filho até aos 18 meses, utilizando se possível uma técnica de abordagem probabilística e a EASAVIC. Igualmente interessante seria aumentar a amostra e incluir outras variáveis.

A realização deste estudo veio reforçar a convicção da necessidade de desenvolver programas de intervenção que auxiliem os casais no processo de transição para a parentalidade. Neste sentido, sugere-se a criação grupos de apoio nas USF, com espaço para que casais, pais pela primeira vez, exponham as suas dúvidas, partilhem as suas experiências e as suas frustrações. Para além disso, sugere-se a criação de uma plataforma virtual, gerida por EEECAESF, onde sejam abordados temas que facilitem o processo de transição para a parentalidade.

Terminada a prática clínica, sugere-se a uniformização da parametrização do SClínico e a criação de indicadores que traduzam a prática clínica do EEECAESF na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Considera-se pertinente a criação de uma consulta de vigilância de saúde familiar, onde o enfermeiro especialista disponha do tempo necessário para avaliar as necessidades das famílias, formular diagnósticos e implementar um conjunto de intervenções que promovam a saúde das famílias ao longo do ciclo vital.

É imperativo que sejam respeitadas as dotações seguras de acordo com a legislação em vigor e que cada enfermeiro especialista tenha o seu ficheiro de famílias caracterizado e atualizado, permitindo intervenções mais direcionadas às famílias, melhorar a qualidade dos cuidados e obter ganhos em saúde.

Relativamente às dificuldades sentidas, salientam-se a conciliação do horário laboral com o estágio, a adaptação ao sistema informático SClínico (que se revelou pouco intuitivo) e, a gestão do tempo no processo de avaliação e intervenção familiar. Importa referir que estas dificuldades foram ultrapassadas com esforço e dedicação, procurando transformar os constrangimentos e as dificuldades em forças e motivação para crescer enquanto pessoa, mas também enquanto profissional.

Em suma, a enfermagem de saúde familiar assume um papel fundamental na saúde das famílias, pelo que é essencial que se continue a investir em formação nesta área e que, sejam realizados mais estudos que sustentem a prática clínica do EEECAESF, dando-lhe a merecida visibilidade e reconhecimento.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2023*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto.
- Almeida, A. C. (2016). *Satisfação conjugal e valores humanos dos casais de famílias intactas e recasadas* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/8534>
- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de grafar*. Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Andrade, L. (2023). Famílias com filhos pequenos. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.162-167). Lidel.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bäckström, B. (2018). Alteração das estruturas familiares. *Cadernos de Economia*, (128), 26-28. <http://hdl.handle.net/10400.2/7289>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Princípios de ética biomédica*. Loyola.
- Bispo, R. M., Santiago, L. M., Rosendo, I., & Simões, J. A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 149-156. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13091>
- Brito, T., Sousa, S., Peixito, M. J., Ferreira, M., & Figueiredo, M. H. (2022). Família Silva. In M. H. Neves (Coord.), *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso* (pp. 1-32). Sabooks Editora.
- Câmara Municipal de Coimbra. (2024). *Freguesias*. <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/municipio/freguesias>
- Camargo, B. R., & Oliveira, R. A. (2020). *Medidas de posição e dispersão*. Universidade Estadual Paulista. <http://redesans.com.br/rede/wp-content/uploads/2021/01/book3.pdf>
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. M. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 19-28. <https://www.researchgate.net/publication/271842445>

- Canijo, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: Plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>
- Carnegie, D. (2024). *Como ser um líder bem-sucedido*. Objectiva.
- Cercas, M.R., Paiva, M. B., Sarmiento, R., & Lopes, A. P. (2023). Postpartum Sexuality: Literature Review Sexualidade no Pós-Parto: Revisão da literatura. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 17(4), 299-304. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302023000400299
- Cerqueira-santos, E., Silva, B. B., Rodrigues, H.S., & Santos, L. (2016). Homofobia internalizada e satisfação conjugal em homens e mulheres homossexuais. *Contextos Clínicos*, 9(2), 148-158. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.01>
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). Perceived fairness and relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support. *Journal of Family Issues*, 37(1), 3-28. doi: <https://doi.org/10.1177/0192513X13516764>
- Decreto-Lei n. 73/2017 de 21 de junho. (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Em *Diário da República: 1ª Série, n. 118*, 3128-3140.
- Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de junho. (2006). Cria a rede nacional de cuidados continuados integrados. Em *Diário da República: 1ª Série-A, n. 109*, 3856 - 3865.
- Decreto-Lei n. 103/2023 de 7 de novembro. (2023). Aprova o regime jurídico de dedicação plena no serviço nacional de saúde e organização e funcionamento das unidades de saúde familiar. Em *Diário da República: 1ª Série, n. 215*, 21-48.
- Decreto-Lei n. 298/2007 de 22 de agosto. (2007). Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem. Em *Diário da República: 1ª Série, n. 161*, 5587-5596.
- Despacho n.º 69/2009 de 31 de agosto. (2009). Aprova o modelo de acreditação Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 169*.
- Despacho n. 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Em *Diário da República: 2ª Série, n. 187*, 96-103.
- Despacho n. 24101/2007 de 22 de outubro. (2007). Aprova a lista de critérios e a metodologia que permite classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento. Em *Diário da República: 2ª Série, n. 203*, 30419-30419.

- Despacho n. 12456-B/2023 de 5 de dezembro. (2023). Determina a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar. Em *Diário da República:2ª Série, n. 234*, 4-10.
- Demirtas, A., Baytemir, K., & Güllü, A. (2018). The predictive role of constructive thinking on attributions and marital satisfaction. *Eletronic Journal of Social Sciences*, 17(66), 766-778. <https://doi.org/10.17755/esosder.359172>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/PNSIJ-2.pdf>
- Dixe, M. A., & Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023a). *Guia orientador: Estágio com relatório*. <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study/spedition/226/discipline/719/period/2>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023b). *Guia orientador: Prática clínica de enfermagem de saúde familiar*. <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study/spedition/148/discipline/715/period/3>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2024a). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/152>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2024b). *Guia para a realização de citações em texto e referências bibliográficas: Norma APA, 7ª edição*. <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/152>
- Estrela, F. A. (2023). *Adaptação à parentalidade: O impacto do primeiro filho na satisfação conjugal* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/61508>
- Fajardo-Gutiérrez, A. (2017). Medición em epidemiologia: prevalência, incidência, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México*, 64(1), 109-120. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>

- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113-147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Feijão, M., & Morais, N. (2018). Interação família e trabalho: a percepção de docentes do ensino superior acerca da satisfação conjugal. *Contextos Clínicos*, 11(1), 83-96. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.07>
- Fernandes, A. F. (2023). *Funcionalidade familiar na transição para a parentalidade* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=lfkhiLBh>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. H., Grau, C. F, Andrade, C., Santa, L., Monteiro, M. J., & Charepe, Z. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários. In J. C. Carvalho et al. (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp.55-60). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://books.google.pt/books?id=8H117AYz9cYC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2023a). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Instrumentos de avaliação familiar. In, M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (p. 344). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.383- 391). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023d). Os fundamentos do pensamento sistémico. In, M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.68- 76). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023e). Princípios da entrevista familiar sistémica. In, M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.407- 416). Lidel.
- Figueiredo, M. H. & Dias, A. (2023). Rituais terapêuticos. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.443-444). Lidel.
- Figueiredo, M. H., & Murteiro, A. M. (2023). Teorias da terapia familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.84-88). Lidel.

- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023a). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.359-360). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.353-356). Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N., & Féres-Carneiro, T. (2015). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 16(2),3–15. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a02.pdf>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusodidata.
- Hernandez, J. A., & Baylão, V. L. (2020). Papéis sexuais, amor e satisfação conjugal em indivíduos heterossexuais e homossexuais. *Psico-USF*, 25(1), 27-38. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250103>
- Horowitz, J., Graf, N., & Livingston, G. (2019). *Marriage and cohabitation in de U.S.* Pew Research Center. https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/20/2019/11/PSDT_11.06.19_marriage_cohabitation_FULL.final_.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2022a, 23 de novembro). *Índice de dependência de idosos*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0011611
- Instituto Nacional de Estatística. (2022b, 23 de novembro). *Índice de dependência de jovens*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0011614
- Instituto Nacional de Estatística. (2022c, 23 de novembro). *População residente por local de residência à data dos censos 2021, sexo e grupo etário*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011688>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024a, 27 de junho). *Freguesias por localização geográfica*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0013218&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística. (2024b, 18 de junho). *Índice de dependência total*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0008261
- Instituto Nacional de Estatística. (2024c, 20 de junho). *Superfície das unidades territoriais por localização geográfica*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0011866&selTab=tab0

- International Family Nursing Association (2015, 30 de janeiro). *Practice Models for Nursing Practice with Families*. <https://internationalfamilynursing.org/resources/resource-files-links/#practice>
- Kaakinen, J. R., Coelho, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, practice, and research* (6ª ed.). F. A. Davis Company.
- King, A., Long, L., & Lisy, K. (2015). Effectiveness of team nursing compared with total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care wards: a systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(11), 128-168. doi: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2428>
- Lawrence, E., Cobb, R. J., Rothman, A. D. & Rothman, M. T. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41-50. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.41>
- Lei n.15/2014 de 21 de março. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 57, 2127-2131.
- Lei n. 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros. Em *Diário da República: 1ª Série*, n. 181, 8059-8105.
- Lima, A. O., Mochón, L. G., & Tamayo, C. B. (2017). Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 278-288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.08.001>
- Lopes, R. C., Wainberg, L., Pereira, C. R., & Hutz, C. S. (2010). *O efeito da coabitação na satisfação conjugal*. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/342314066>
- Machado, L. (2024, 11 de julho). *Sociodemografia: o que é e como utilizar em análises de negócios*. Geofusion Intelligence. <https://geofusion.com.br/sociodemografia/>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o spss statistics* (8ª ed.). Report Number.
- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo M. C. (2017). Tornar-se pai ou mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 6(4), 146-161. <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>
- Matysiak, A., Styrc, M., & Vignoli, D. (2014). The educational gradient in marital disruption: A meta-analysis of european research findings. *Population Studies*, 68(2), 197-215. <https://doi.org/10.1080/00324728.2013.856459>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., IM, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Midle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp.52-65). Springer Publishing Company.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lidel.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Mar da Palavra.
- Ministério da Saúde. (2024a). *BI – CSP: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2024b). *Operacionalização da contratualização interna nos cuidados de saúde primários para 2024*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Moraes, C. J., & Granato, T. M. (2016). Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a parentalidade. *Psicologia em estudo*. 21(4), 557-567. <http://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i4.29871>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, (12), 115-130. <https://hdl.handle.net/10216/15550>
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Coisas de ler.
- Narciso, I. (2010). *EASAVIC (revisão psicométrica com dados de janeiro/2010)* [Manuscrito não publicado].
- Nourani, S., Seraj, F., Shakeri, M. T., & Mokhber (2019). The relationship between gender.role beliefs, household labor division and marital satisfaction in couples. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 29(1), 43-49. <http://doi.org/10.29252/HNMJ.29.1.301>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador-res-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-paraest%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-deestudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de posição n. 01/2023 da mesa do colégio de especialidade em enfermagem comunitária: Referencial em enfermagem de saúde familiar. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Lusociência.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2022). Métodos de trabalho para prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. Martins, M. Santos & M. Souza (Coords.), *Gestão nas organizações de saúde: Pessoas, formação e desenvolvimento profissional* (Vol. 2, pp. 147-193). Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A. L. (2018). Indicadores: O que são, o que não devem ser e o que poderão ser. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(3), 124-126. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv34i3.12444>

Pinto, A. R. (2016). *As redes de apoio social na transição para a parentalidade* (Publicação n.30213823) [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. ProQuest.

Pinto, A. R., & Monteiro, A. A. (2018). As redes sociais de apoio na transição para a parentalidade. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, (17), 113-135. <https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2018.17.5>

Pires, A. S. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/820>

Poeira, A. F., Nunes, L., Cerqueira, A. F., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 4(3), 1604-1617. <http://hdl.handle.net/10400.26/28171>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª ed.). Armed.

- PORDATA. (2024, 8 de agosto). *Agregados domésticos privados: Total e por tipo de composição*. <https://www.pordata.pt/pt/search?search=agregados%20dom%C3%A9sticos%20privados%20portugal>
- Porreca, W. (2019). Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(esp.), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe7>
- Portaria n. 335-A/2023 de 3 de novembro. (2023). Define e estabelece os termos e as condições para o descanso do cuidador informal. Em *Diário da República: 1ª Série*, n.213, 352-357.
- Regulamento n.140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 26, 4744-4750.
- Regulamento n. 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Em *Diário da República: 2ª Série*, n.124, 17384-17391.
- Regulamento n. 428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 135, 19354-19359.
- Regulamento n. 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 184, 128-155.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de Intervenção Interacionais: reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.436-437). Lidel.
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Sabey, A. (2020). Marital Satisfaction After Children: Is It Possible? Family Perspectives, *BYU School os Family Life*. 2(1), 2. <https://scholarsarchive.byu.edu/familyperspectives/vol2/iss1/6>
- Santos, F. G. (2024). *The family in the infant's first year: Coparenting, marital satisfaction, infant's sleep and cosleeping* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra,

- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Estudo Geral: Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/116489>
- Santos, G. S., Bitencourt, J. V., Silva, T. G., Frizon, G., & Quinto, A. S. (2017). Etapas do processo de enfermagem: Uma revisão narrativa. *Enfermagem em foco*, 8(4), 49-53. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.1032>
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., & Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist*, 73(9), 1190–1200. <https://doi.org/10.1037/amp0000376>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Midle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). Springer Publishing Company.
- Sequeira, C., Carvalho, J.C., & Sampaio F. (2023). Tipos de entrevista. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.400-402). Lidel.
- Shorey, S., Ang, L., Goh, E.C., & Lopez, V. (2019). Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery*, (70), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.003>
- Silva, C. L. (2008). *Caminhando entre passos tradicionais e modernos: Um olhar sobre a satisfação conjugal* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/773>
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium – Revista de educação, tecnologias e saúde*, (30), 103-119. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Silva, F. M., Domingos, T. S., Andrade, J., & Spiri, W. C. (2023). Liderança e comportamento empoderador: Compreensões de enfermeiros-gerentes na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, 1-10. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO000511>
- Silva, L. D., Chapadeiro, C. A., & Silva, L. M. (2020). A construção da parentalidade após a dissolução conjugal e as oficinas de parentalidade. *Nova Perspectiva Sistémica*, 29(66), 87-100. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i66.519>
- Silva, M. M., Gavinho, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. P. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20-32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>

- Silva, M. S., Kraus, T., & Figueiredo, M.H. (2023). Ciclo vital da família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.152-158). Lidel.
- Silva, P. C. (2019). *A satisfação conjugal e a sua influência no bem-estar infantil* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. <http://hdl.handle.net/10400.1/14628>
- Silva, S. (2013). *A avaliação do desempenho do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar: Validação dos Indicadores para a sua operacionalização* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Economia]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/70112/2/25042.pdf>
- Soares, B., & Colossi, P.M. (2016). Transições no ciclo de vida familiar: a perspetiva paterna frente ao processo de transição para a parentalidade. *Revista Barbarói*, (48), 253-276. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.6942>
- Soares, I. F. (2023). *A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=NrUSWays>
- Sousa, D. P., Machado-Taylor, M.D., & Rocha, L.L. (2016). Impacto dos programas de acreditação e da gestão de qualidade em hospitais públicos e privados no Brasil e no mundo: Estudo de revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 13(4), 122-152. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160220_110951.pdf
- Sousa, J. A., Brandão, M. G., Ximenes, M. A., Farias, T. R., Cunha, L. G., & Barros, L. M. (2025). Competências profissionais do enfermeiro: Revisão integrativa de literatura. *Cultura de los Cuidados*, (70), 291-306. <https://doi.org/10.14198/cuid.14994>
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista UIIPS-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Unidade de Saúde Familiar. (2018). *Relatório de atividades*.
- Unidade de Saúde Familiar. (2019a). *Manual de Articulação*.
- Unidade de Saúde Familiar. (2019b). *Regulamento Interno*.
- Unidade de Saúde Familiar. (2023). *Carta de Compromisso - 2023*.

- Ventura-Leon, J. L., & Caycho-Rodriguez, T. (2017). O coeficiente ómega: Um método alternativo para estimar a confiabilidade. *Revista Latino-Americana de Ciências Sociais, Infância e Juventude*, 15(1), 626-627.
- Wright, L. M., & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and Illness: A model for healing*. 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.
- Zheng, L. R., Naurin, E. Markstedt, E., Olander, P., Elden, H. & Linden, K. (2023). A longitudinal dyadic study of six leisure activities in swedish couples during the transition to parenthood. *Sex Roles*, 88 (5-6), 210-224. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01351-3>

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de participação no “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Família e Mudanças Demográficas”

XV Encontro do Dia Internacional da Família:
Famílias e mudanças demográficas



Certificado

Certifica-se que **Sónia Andrade Pinto**, nascido(a) a 1993-07-30, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 14320300, participou no **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, no dia 15 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *online*.

Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora



Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC



Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C002083-909/2023

XV Encontro do Dia Internacional da Família:
Famílias e mudanças demográficas

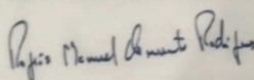


Certificado

Certifica-se que o póster "**A comunicação sobre sexualidade na família com filhos adolescentes**", do(s) autor(es) Ana Rita Veiga, ISABEL CRISTINA COELHO MAGALHÃES e Sónia Andrade Pinto, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por Ana Rita Veiga, no âmbito do **XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas**, que decorreu no dia 15 de maio de 2023, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

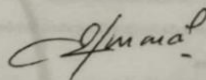
Coimbra, 15 de maio de 2023

Pel'A Comissão Organizadora



Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues

O Presidente da ESEnFC



Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra | Polo A - Avenida Bissaya Barreto s/n - 3004-011 Coimbra | Polo B - Rua 5 de Outubro s/n - 3045-043 Coimbra | NIF 600081583
Certificado nº C001692-909/2023

ANEXO 2 – Certificado de participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”



ANEXO 3 – Certificado de participação na “III Convenção Internacional dos Enfermeiros”



III CONVENÇÃO INTERNACIONAL
DOS ENFERMEIROS

Tempo de Respostas

21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024
CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SÓNIA ANDRADE PINTO

membro nº 86177 desta Ordem, esteve presente na III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”, nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024, com duração de 12 horas, em Fátima.

Fátima, 23 de Novembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira



avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75 · 1700-028 Lisboa · (+351) 218 455 230 · bastonario@ordemenfermeiros.pt · ordemenfermeiros.pt



ANEXO 4 – Certificado de participação no “1st International Congresso of Family Health”



ANEXO 5 – Certificado de participação no “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”



Certificado

Certifica-se que

SÓNIA ANDRADE PINTO

Esteve presente no Workshop
A Narrativa como estratégia de intervenção em Saúde Familiar
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar



Certificado

Certifica-se que

SÓNIA ANDRADE PINTO

Esteve presente no
VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar,
em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar



Certificado

Certifica-se que

SÓNIA ANDRADE PINTO

Esteve presente no Workshop
Cessação Tabágica: Intervenção com a Família
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar



Certificado

Certifica-se que

Expôs o abstract com o título **A sexualidade em famílias idosas** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: **Sónia Andrade Pinto**¹; Isabel Cristina Coelho Magalhães²; Filipa Eugénia Carvalho Seabra³;
1 - mestranda em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Enfermeira no serviço de Urgência da ULS de Coimbra; 2 - Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- Enfermeira no Instituto São José (ERPI) e na Clínica Dr. Pinto Leite (Rudolfo - Paços de Ferreira); 3 - Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Enfermeira no Serviço de Urgência da ULS Coimbra;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO 6 – Autorização para a utilização da EASAVIC

De: Sónia Pinto <sonia_pinto@hotmail.com>

Enviada: 11 de outubro de 2023

Para: Isabel Santa Barbara Narciso <inarciso@psicologia.ulisboa.pt>

Assunto: Fwd: Pedido de autorização para utilizar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Exma Sra. Professora Doutora Isabel Narciso,

O meu nome é Sónia Andrade Pinto, Enfermeira no serviço de Urgência do CHUC e mestranda do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No âmbito do mestrado, pretendo desenvolver um estudo de investigação sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade. Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

Solicito também, que me seja enviada a respetiva escala, bem como outras informações relevantes sobre a mesma, tais como as normas de cotação.

Grata pela disponibilidade.

Atenciosamente,

Sónia Andrade Pinto.

De: Isabel Santa Barbara Narciso <inarciso@psicologia.ulisboa.pt>

Enviado: 11 de outubro de 2023

Para: 'Sónia Pinto' <sonia_pinto@hotmail.com>

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilizar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Bom trabalho.

Cumprimentos

Isabel Narciso

ANEXO 7 – Autorização para a utilização da Escala de Graffar Adaptada

De: Sónia Pinto <sonia_pinto@hotmail.com>

Para: Fausto Amaro <fausto.amaro@isave.pt>

Assunto: Autorização para a utilização da Escala de Graffar Adaptada

Exmo Sr. Professor Doutor Fausto Amaro,

O meu nome é Sónia Andrade Pinto, sou Enfermeira e encontro-me a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou neste momento, a desenvolver um trabalho de investigação sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade. Pretendo aplicar a Escala de Graffar Adaptada para conhecer o nível socioeconómico dos participantes no estudo e, posteriormente, perceber se existe relação entre este e a satisfação conjugal dos participantes.

Neste contexto, e tendo conhecimento que a respetiva escala foi validada para a população portuguesa e atualizada em 2001 pelo Exmo. Senhor Professor Fausto Amaro, venho por este meio solicitar a sua autorização para a sua utilização no estudo de investigação que me encontro a desenvolver.

Atenciosamente,
Sónia Andrade Pinto

 Fausto Amaro <fausto.amaro@isave.pt>
Para: Você

 Responder  Responder a todos  Reencaminhar  ...

Ema. Sra.
Enfermeira Sónia Pinto,
Agradeço o seu interesse na
Escala de Graffar adaptada, a qual poderá usar sem qualquer constrangimento.
Cordialmente,

Fausto Amaro
Professor Catedrático
Professor Coordenador Principal
ISAVE - Instituto Superior de Saúde

ANEXO 8 – Revisão psicométrica da EASAVIC

EASAVIC (Revisão psicométrica com dados de janeiro/2010)

Intimidade Emocional: 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44
(alpha= .96)

Sexualidade: 23, 24, 25, 26, 27, 28 (alpha=.93)

Comunicação/Conflito: 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22 (alpha=.91)

Funções familiares: 1, 2, 3, 4 (alpha=.84)

Rede Social: 7, 8, 9 (alpha=.73)

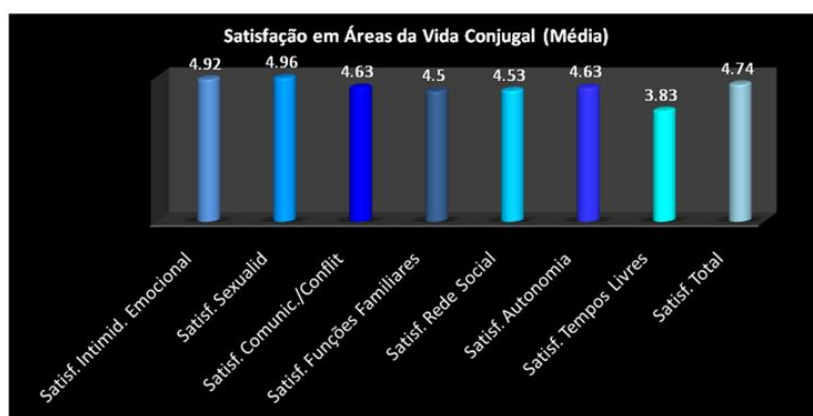
Autonomia: 10, 11, 12, 13 (alpha=.82)

Tempos Livres: 5, 6 (alpha=.70)

Satisfação Conjugal Global (alpha=.97)

ÚLTIMOS RESULTADOS (jan 2010)

Satisfação em Áreas da Vida Conjugal



	SIntE	SSex	SCCf	SFF	SRS	SAut	STL	STot
N	594	601	603	605	605	605	604	586
Média	4.92	4.96	4.63	4.5	4.53	4.63	3.83	4.74
DP	.760	.937	.908	.908	.888	.870	1.03	.710

ANEXO 9 – Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: 21/22/23 Dr. Mónica Ruivo Vogal Em suplência do Conselho Diretivo, nos termos do art.º 42.º do Código do Procedimento Administrativo
---	--

ASSUNTO:

Título: "Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses." (processo 132-2023).

Autores: Sónia Andrade Pinto; Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas; Ana Paula Forte Camarneiro;

Instituições: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/ USF

Estudo transversal descritivo-correlacional de abordagem quantitativa. Será utilizada uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

Os autores pretendem avaliar a satisfação conjugal em casais em transição para a Parentalidade e Identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

Serão convidados a participar no estudo casais em transição para a parentalidade com filhos até aos 18 meses; famílias com aceitação livre e esclarecida de participação no estudo, casais que sejam pais pela primeira vez; e que se encontrem inscritos na USF. Preve-se um total de 40 famílias.

O processo de recrutamento das famílias elegíveis para o estudo será realizado pela Enfermeira Cooperante, mediante o acesso aos sistemas informáticos disponíveis. Posteriormente, cada uma destas famílias será convidada a participar voluntariamente no estudo durante as consultas de enfermagem ou através do estabelecimento de um contacto telefónico prévio, garantindo-se total anonimato e confidencialidade, salvaguardando que a qualquer momento podem recusar participar no estudo. A todas as famílias que aceitem participar no estudo, ser-lhes-á apresentado um consentimento informado antes do preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.

Ressalva: A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

Às famílias, será entregue um documento em duplicado, em envelope fechado, para que sejam preenchidos individualmente por cada um dos seus elementos do casal. Deste documento, consta um questionário sociodemográfico, realizado pela investigadora e a escala EASAVIC. Os instrumentos de colheita serão preenchidos em casa e entregues em data a combinar ou na USF após consulta de enfermagem.

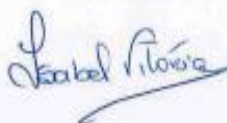
O tratamento de dados realizar-se-á em SPSS e os resultados serão apresentados e discutidos publicamente em data a designar.

Estão garantidos todos os aspectos ético legais.

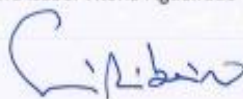
Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo

O Relator da CES-ARS do Centro



Prof^ª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo



ANEXO 10 – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer n.º 982_10_2023

Título do Projeto: Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Sónia Andrade Pinto

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas e Prof.ª Doutora Ana Paula Camarneiro

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

A Satisfação conjugal na transição para a parentalidade assume uma grande importância na Enfermagem de Saúde Familiar e, o enfermeiro de família dever ser um agente facilitador na transição para a parentalidade, transição esta entendida como das mais dramáticas e intensas que o sistema familiar enfrenta.

Será um estudo do tipo descritivo-correlacional de abordagem quantitativa, em que os objetivos são: avaliar a satisfação conjugal em casais em transição para a parentalidade; identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

A população é caracterizada pelas famílias a vivenciar a transição para a parentalidade e que se encontrem inscritas na USF _____, sendo que será constituída amostra por técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

Segundo a investigadora, a identificação das famílias em transição para a parentalidade será realizada pela Enfermeira Cooperante identificada como sendo a Sra. Enfermeira _____.

Os critérios de inclusão são casais em transição para a parentalidade com filhos até aos 18 meses, famílias com aceitação livre e esclarecida de participação no estudo, casais pais pela primeira vez e, casais que se encontrem inscritos na USF _____.

Os critérios de exclusão são famílias em que pelo menos um ou ambos os membros do casal já tenham sido pais anteriormente, casais com filhos com idade superior a 18 meses, famílias em que um ou ambos os elementos do casal possuam défices cognitivos

COMISSÃO DE ÉTICA

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

ou outras patologias que dificultem a compreensão das questões, não saber ler ou escrever e não possuir domínio da língua portuguesa.

O início da colheita de dados está previsto para dezembro de 2023 e o término para janeiro de 2024.

Segundo a investigadora, os instrumentos de recolha de dados serão organizados pela mesma num único documento e entregues em duplicado e dentro de um envelope fechado a cada casal, para que possam ser preenchidos individualmente por cada um dos seus elementos. Este encontra-se constituído em duas partes: um questionário sociodemográfico e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC de Narciso e Costa, 1996), cuja autorização para a sua utilização foi solicitada à respetiva autora, tendo-se obtido parecer favorável.

Ainda será aferido o nível socioeconómico das famílias através da Escala de Graffar Adaptada (construída em 1956 por Graffar, adaptada para a população portuguesa em 1990 por Fausto Amaro e atualizada em 2001).

Acerca do procedimento é referido que os participantes terão oportunidade de responder aos instrumentos de recolha de dados após a consulta de enfermagem na USF ou no domicílio, sendo, neste caso, entregues em local e hora a combinar, e deverão ser devolvidos em envelope fechado e sem identificação.

Os instrumentos de colheita de dados serão organizados pela investigadora num único documento, e a cada participante será atribuído um código, sendo apenas do conhecimento da investigadora principal, a respetiva lista de descodificação.

Segundo a investigadora existe garantia de anonimato e confidencialidade.

Ainda refere que, "A fim de respeitar os princípios éticos, foi solicitado em simultâneo parecer à UICISA: E e à Comissão de Ética da ARS Centro. Para além destes, foi ainda pedida autorização à Coordenadora da USF para a realização do estudo (...). Importa referir que, se aguarda resposta."

Não existem riscos para o estudo segundo a investigadora e os benefícios estão diretamente relacionados com os objetivos do estudo.

O termo de responsabilidade está devidamente assinado.

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Face ao enquadramento exposto, a investigadora foi solicitada a proceder aos seguintes esclarecimentos:

1. Forma de recrutamento efetivo dos participantes e possibilidade de reflexão dos participantes antes de aceitar participar.
2. Condições estratégicas de preenchimento pelo casal em separado.
3. Relembremos da necessidade de entrega do formulário em duplicado.
4. Não foram anexadas todas as autorizações (do local de estudo e do instrumento de colheita de dados).
5. Não foi descrito como será efetuada a gestão da base de dados ainda que codificada.

Isto posto, a mesma remeteu resposta com formulário de pedido alterado:

1. Quanto à forma de recrutamento foi mencionado que *"Será realizado um convite às famílias elegíveis para o estudo pela Enfermeira cooperante/respetiva Enfermeira de Família, em momento oportuno durante a consulta de Enfermagem previamente agendada (...)";* adicionalmente quanto à possibilidade de reflexão, foi referido que *" (...) Posteriormente, será dada oportunidade aos participantes para refletirem e decidirem se querem participar, sendo dado um consentimento informado em papel com todas as instruções (Anexo II)."* No entanto, esta informação apesar de prevista não se encontra vertida no formulário de consentimento informado, devendo a investigadora acrescentá-lo.

2. Quanto às condições de preenchimento do instrumento de colheita de dados pelo casal foi esclarecido que *"Os instrumentos de recolha de dados serão organizados pela investigadora num único documento e entregues separadamente e em duplicado dentro de dois envelopes para que possam ser preenchidos individualmente por cada um dos seus elementos após a consulta de enfermagem na USF ou no domicílio, sendo neste caso, entregues e preenchidos em local e hora a combinar. Após o seu preenchimento, cada elemento do casal, deverá colocar o seu questionário dentro do respetivo envelope, fechando-o antes de o devolver. De referir que os questionários e os respetivos envelopes deverão ser entregues sem qualquer tipo de identificação. Depois de entregues, serão codificados pela investigadora, com vista ao seu emparelhamento enquanto casal."*

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

4. Quanto à autorização do local de estudo, foi informado que *"A fim de respeitar os princípios éticos, foi solicitado em simultâneo parecer à UICISA: E e à Comissão de Ética da ARS Centro. Para além destes, foi ainda pedida autorização à Coordenadora da USF para a realização do estudo (Anexo I). Importa referir que, se aguarda resposta."*

5. No que concerne à gestão da base de dados foi esclarecido que *"Os instrumentos de colheita de dados serão organizados pela investigadora num único documento. A cada participante será atribuído um código, sendo apenas do conhecimento da investigadora principal e das suas orientadoras, a respetiva lista de descodificação. Será ainda construída uma base de dados pela investigadora e respetivas orientadoras. Nesta, os participantes serão indicados por código atribuído de modo a manter o anonimato. Na apresentação dos resultados, não serão revelados dados privilegiados ou que possam ser identificadores dos entrevistados. Findo o estudo, os instrumentos de colheita de dados bem como a base de dados construída, serão destruídos."*

Findos os esclarecimentos apresentados, somos do parecer que o estudo pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, com as salvaguardas mencionadas anteriormente concretamente, as do formulário de consentimento informado.

O relator:



Data: 20/12/2023 O Presidente da Comissão de Ética:

Maria Flomena Bo Kellu

ANEXO 11 – Parecer da Coordenadora da USF

AUTORIZAÇÃO/CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ONDE DECORRE A INVESTIGAÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular "Estágio com Relatório" pertencente ao II Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a mestranda Sónia Andrade Pinto, a realizar Ensino Clínico na USF [redacted] pretende desenvolver um estudo de investigação no âmbito da satisfação conjugal na transição para a parentalidade.

O nascimento do primeiro filho é considerado uma das transições mais dramáticas e intensas que o sistema familiar enfrenta e obriga a um conjunto de mudanças na vida do casal, nomeadamente ao nível da conjugalidade e das interações familiares.

Intitulado de "Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses", este estudo tem como objetivos: avaliar a satisfação conjugal em casais em transição para a parentalidade; e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

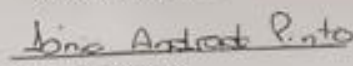
Pretende-se realizar um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa, utilizando uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Para a concretização deste estudo, será realizado um convite às famílias elegíveis para a investigação pela Enfermeira cooperante/respetiva Enfermeira de Família, em momento oportuno durante a consulta de Enfermagem ou através do estabelecimento de contacto telefónico prévio. A participação no estudo é voluntária e será dado às famílias oportunidade de reflexão antes de tomar qualquer decisão. A cada participante será apresentado, em duplicado, o consentimento informado em papel, para que um dos documentos fique na posse do participante e o outro na posse do investigador, devidamente assinado.

Toda a informação recolhida, será utilizada investigadora para fins académicos e de investigação, garantindo-se total anonimato e confidencialidade, com a salvaguarda de que a qualquer momento, os participantes têm a possibilidade de cessar a sua participação no estudo, sem qualquer tipo de repercussões. Com os resultados obtidos, caso sejam identificadas necessidades de cuidados de enfermagem, perspetiva-se a elaboração de um projeto de melhoria contínua a ser implementado na população alvo, o que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequentemente para a obtenção de ganhos em saúde.

A fim de respeitar os aspetos éticos, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ARS do Centro e à UICISA. E, do qual se obteve parecer favorável. Face ao exposto, solicita-se autorização da digníssima coordenadora da USF [redacted]

Coimbra, 03 de janeiro de 2024

Atenciosamente,


(Sónia Andrade Pinto)

AUTORIZAÇÃO/CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ONDE DECORRE A INVESTIGAÇÃO

Título do projeto/trabalho:

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses

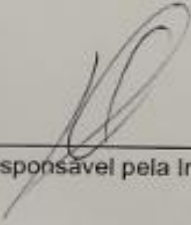
Investigador principal:

Sónia Andrade Pinto

Na qualidade de Coordenadora da USF [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Doctora [REDACTED]

Data: 02/10/2024



Responsável pela Instituição

APÊNDICES

Quais os sinais de alerta a que a família deve estar atenta?

- Sede excessiva;
- Falta de energia/cansaço;
- Perda de peso;
- Vontade de urinar frequentemente;
- Visão turva.







**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

(Organização Mundial da Saúde, 2023)



Curiosidades:

- Estudos revelam que pessoas com história familiar de Diabetes Mellitus tipo 2 tem 5 a 10 vezes maior probabilidade de desenvolver a doença, quando comparados com indivíduos com iguais fatores de risco, mas sem história familiar de Diabetes;
- Sabe-se que 39% dos diabéticos tem pelo menos um familiar com a doença;
- Gémeos monozigóticos, quando um tem a doença, o outro tem 90% de probabilidade de a vir a desenvolver;
- Filhos de diabéticos tipo 2 apresentam alterações analíticas antes de serem diagnosticadas com a doença.

(Chambel & Santos, 2020)

Caso surja alguma dúvida ou algum destes sinais/sintomas em algum membro da sua família, não hesite e contacte o seu Enfermeiro de Família!

Contactos:

Telefone da USF: XXXXXXXXX

Email: XXXXXXXXXXXX

FAMÍLIA E PREVENÇÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2



Realizado por:

Maria de Lurdes de Almeida Tavares

Sónia Andrade Pinto

Aulas do II Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, a realizar estágio na USF

Bibliografia:

Aves, S. E. (2019). Risco de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em estudantes do ensino superior [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde] Repositório do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10119/19433>.

Chambel, B. & Santos, C. (2020). História familiar como estratégia de prevenção de diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Diabete*, 15(1), 16-18.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Programa nacional para a diabetes: Desafios e estratégias. <https://www.dgs.pt/progrma-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo-programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023.pdf.aspx?nr=1434>.

3dgaAABZLCAAAAABACBIV1KXUB9H8BH2VA.
AnRBeYqzSkqNWCSPtqBGQ1BR9Rtyj17TJAaaTuAmYyMNGvBFIXAAAAA/3d

Organização Mundial da Saúde. (2023). Diagnóstico e manejo do diabetes tipo 2. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52457/CPIA/Brazil/NW/20204_2_por.pdf?sequence=1&filedownload.

Raimundo, I. (2023). Estratégias que o ajudem a prevenir a diabetes. <https://www.lutasdasptiblog.com/sintomas-tratamentos/estrategias-que-ajudem-prevenir-diabetes/>.

Coimbra, 2024

- Tomar sempre o pequeno-almoço;
- Controlar o peso;
- Comer devagar;
- Realizar várias refeições ao longo do dia;
- Acompanhar as refeições com legumes ou salada;
- Realizar uma alimentação rica em fibra (cereais integrais, hortaliças, fruta fresca);
- Optar por leite e derivados com baixo teor de gordura e sem adição de açúcar;
- Reforçar a ingestão de água (no mínimo 1,5 litros de água por dia);
- Aumentar a atividade física (fazer caminhadas, optar pelas escadas em vez do elevador);
- Procurar evitar fritos ou outros alimentos ricos em gordura;
- Procurar evitar alimentos ricos em açúcar;
- Evitar comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool e tabaco;
- Fazer análises regularmente e de acordo com as indicações do seu médico de família.

A cartoon illustration of a family of five. On the left is a father with black hair, wearing a blue polo shirt and white trousers. Next to him is a young boy with brown hair, wearing a yellow t-shirt and black shorts. In the center is a young girl with brown hair, wearing a pink dress. To her right is a mother with brown hair, wearing a white t-shirt and a dark blue skirt. On the far right is a small, fluffy brown dog. All the family members are smiling and standing close together.

A realização desta formação tem por objetivos: aprofundar conhecimentos sobre instrumentos de avaliação familiar; compreender a importância da utilização destes instrumentos na avaliação familiar e analisar o recurso a estes instrumentos no SCLínico.

Fonte: https://img.pixers.pics/pho_wat/s3:700/FO/38/30/40/56/700_FO38304056_265344077315f49d7ffa8f5c6e5d17f2_pg.700.583.cms:2018/10/5bd1b6b8d04b8_220x50watermark.png.over.480.533.jpg/fotomurales-nurse-pc.jpg.jpg

Instrumentos de Avaliação Familiar



Possibilitam o estudo da família de modo a intervir e capacitá-la nos processos de transição e adaptação à mudança (Brás e Neves, 2019 conforme citado por Silva, 2021).

Os instrumentos de avaliação familiar incluem técnicas quantitativas e qualitativas, que permitem a recolha de dados acerca dos elementos e da família, através do contacto com os membros da família e/ou estruturas da comunidade ligadas à família (Rouso & Angelo, 2001, conforme citado por Silva, 2021).



Fonte: https://img.freepik.com/vetores-gratis/grande-familia-feliz-com-estilo-desenhado-de-mao_23-2147823897.jpg?w=2000

Instrumentos de Avaliação Familiar

Quais são?



- Genograma e Psicofigura de Mitchel
- Ecomapa
- Escala de Graffar adaptada
- Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II)

Fonte: <https://thumbs.dreamstime.com/z/lupa-26914061.jpg>

(Figueiredo, 2023)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Quais são?



- Escala de APGAR familiar (Figueiredo, 2023)
- Rico Familiar Garcia-Gonzalez (Bispo et al., 2022)
- Risco Familiar de Segovia-Dreye (Simões & Rosendo, 2011)
- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Figueiredo, 2023)

Fonte: <https://thumbs.dreamstime.com/z/lupa-26944064.jpg>

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

É um instrumento de avaliação familiar que permite uma perceção da estrutura familiar, do seu desenvolvimento e funcionamento familiar, onde são evidenciadas as relações da família, os acontecimentos biográficos, numa perspetiva transgeracional (Figueiredo, 2012).

A informação familiar é representada sob a forma de um gráfico, o que permite uma rápida visualização sobre a complexidade familiar (relações, problemas, problemas de saúde, entre outros (Figueiredo, 2023).



Fonte: https://istockphoto.com/15268167128/v45/04deponiphoton_71284565-stock-illustration-family.jpg

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma



Fonte: <https://img.eic7.com/brnroduc360cd0031AS>
©2020 todos os direitos reservados família e saúde

Permite identificar as forças, os recursos e os problemas reais e potenciais da família;

Permite uma visão horizontal, relacionada com a família e uma visão vertical relacionada com os relacionamentos dos seus elementos com as famílias de origem e com a repetição de padrões intergeracionais;

Deve ser iniciado na primeira entrevista e completado progressivamente nas entrevistas seguintes;

(Figueiredo, 2023)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma



E como construir um Genograma?



Existem algumas diferenças na simbologia utilizada para a construção do genograma, contudo existe consenso sobre um conjunto de componentes que devem estar presentes na sua construção.

(Figueiredo, 2023)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

- ☐ O primeiro nome e o ano de nascimento de cada um dos membros da família;
- ☐ As relações biológicas e legais do casal;
- ☐ O ano de casamento, de separação e de divórcio;
- ☐ A indicação de falecimento, o ano e a causa de morte;
- ☐ Os elementos que vivem na mesma casa;
- ☐ História clínica;

(Rebelo, 2007)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

Deve estar presentes em qualquer genograma:

- ☐ Padrões de relações familiares (opcional);
- ☐ Outras informações familiares (etnia, profissão, escolaridade, migração, violência, abuso de álcool, drogas e tabaco);
- ☐ A chave de símbolos utilizados;
- ☐ Data de realização do genograma.

(Rebelo, 2007)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

Algumas regras para a construção de um genograma:

- ✓ Os homens são representados do lado esquerdo e as mulheres do lado direito;
- ✓ As mulheres são representadas por círculos e os homens por quadrados;
- ✓ O filho mais velho deve ser representado sempre à esquerda e os outros, a partir dele por ordem de nascimento;
- ✓ Cada linha corresponde a uma geração e os símbolos devem ser do mesmo tamanho;



(Rebello, 2007)

Fonte: https://media.gettyimages.com/id/1175150854/stock-photo/illustration/familia.jpg?w=1024&h=683&from_view=detail&from_buy=buy&from_image_id=1175150854&from_image_type=detail

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

Algumas regras para a construção de um genograma (cont.):

- ✓ Deve-se representar no mínimo três gerações;
- ✓ O elemento índice deve ser identificado com um símbolo duplo;
- ✓ Sempre que se utilizem símbolos para além dos standardizados devem ser legendados.

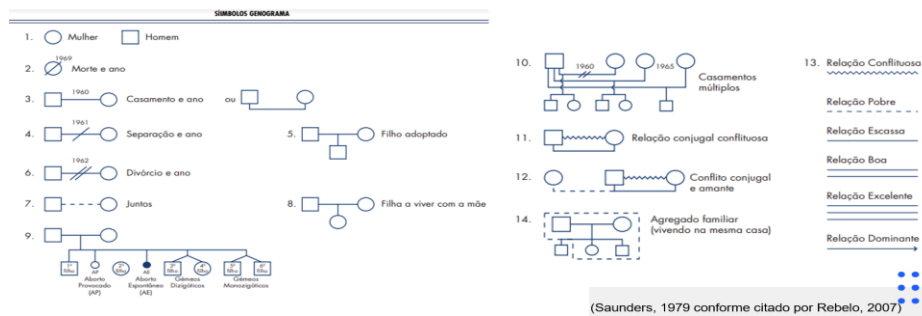


Fonte: <https://solidaridadintergeneracional.es/wp-content/uploads/2019/10/Familia-e-14809490329.jpg>

(Rebello, 2007)

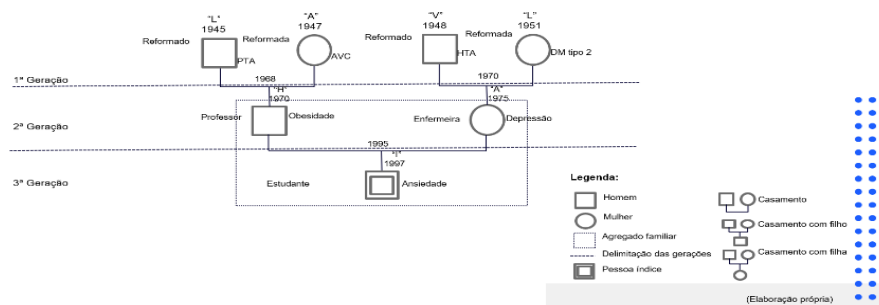
Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma



Instrumentos de Avaliação Familiar

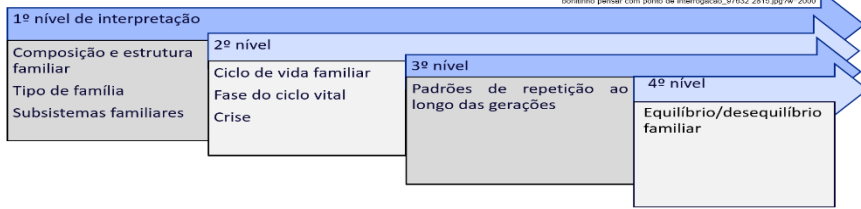
Genograma (exemplo)



Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

Como interpretar?



(Rebello, 2007)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma

Algumas limitações

- A realização do genograma aumenta o tempo da consulta e pode demorar anos a completar;
- É estático no tempo;
- Não avalia a dinâmica nem a funcionalidade familiar;
- A resistência de certos elementos a prestar informação de índole familiar.

(Rebello, 2007)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Psicofigura de Mitchel

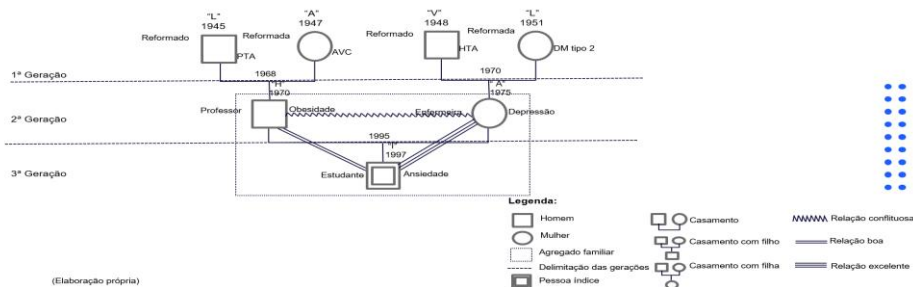
Representa as relações intrafamiliares percebidas pelos elementos da família. Pode ser integrada no genograma ou representada à parte, caso seja considerado pertinente.

É solicitado a um ou a vários membros da família que interliguem as figuras que os representam, de acordo com uma determinada simbologia, face ao vínculo emocional e relacional que tem com os restantes elementos.

(Figueiredo, 2023)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Genograma e Psicofigura de Mitchel (exemplo)



Instrumentos de Avaliação Familiar

Ecomapa

Representa graficamente as relações familiares e sociais do meio em que o agregado familiar habita.

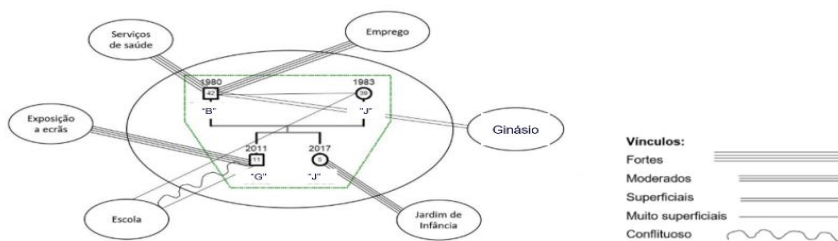
Fornece informação sobre o tipo e a influência das relações da família com o exterior, revelando se são fonte de suporte ou geradoras de stress.

No ecomapa podem ser englobados, os vizinhos, grupos sociais, educação, relações de amizade e trabalho.

(Figueiredo, 2022)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Ecomapa (exemplo)



(Elaboração própria)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Escala de Graffar Adaptada

- Avalia as condições socioeconómicas da família, permitindo identificar a sua classe social;
- Permite antever situações de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psicossocial;
- Elaborada por Graffar em 1956, adaptada para a população portuguesa por Fausto Amaro em 1990 e atualizada em 2001;
- É considerada uma escala simples de fácil aplicação.

(Figueiredo, 2012)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Escala de Graffar Adaptada

Avalia



(Figueiredo, 2012)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Escala de FACES II

A pontuação de cada um dos 5 itens a avaliar varia entre 1 e 5 pontos numa escala tipo Likert;

Comporta 30 itens, 16 dos quais se referem à coesão familiar e os restantes 14 à dimensão da adaptabilidade;

Os resultados para a dimensão da coesão e adaptabilidade familiar, são somados e divididos por 2, categorizando assim as famílias da seguinte forma: muito equilibrada; equilibrada; meio-termo; extrema.

(Figueiredo, 2023)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Escala de APGAR Familiar

Construída por Gabriel Smilkstein em 1978;

Tem por objetivo avaliar o funcionamento familiar, através da percepção que os membros da família têm, acerca do funcionamento da mesma;

Constituída por 5 perguntas que respondem ao acrónimo APGAR: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (crescimento), *Affection* (afeto) e *Resolve* (resolução).

(Smilkstein, 1978)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Escala de APGAR Familiar

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?			
2 - Está satisfeita com a forma como a sua família discute assuntos?			
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 - Está satisfeita com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 - Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?			

- **Quase sempre:** 2 pontos
- **Algumas vezes:** 1 ponto
- **Quase nunca:** 0 pontos

Classificação final:

7 a 10 – Família altamente funcional;
4 a 6 – Família com moderada disfunção;
0 a 3 – Família com disfunção acentuada.

(Smilkstein, 1978)

Instrumentos de Avaliação Familiar

Risco familiar Garcia - Gonzalez

É um instrumento de avaliação de risco familiar, que permite avaliar em seis itens os parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde.

A cada item da escala é atribuído um ponto.

Risco familiar Garcia - Gonzalez

1 - Família composta por pais jovens e por filhos pequenos que vivem todos num mesmo espaço;

2 - Família com história de violência física alterada e em que pelo menos metade dos filhos adquirem hábitos de consumo alimentar;

3 - Famílias que vivem em condições de pobreza de saúde;

4 - Famílias com membros, na sua maioria, ou na grande maioria, com problemas de saúde mental, doenças ou doenças;

5 - Famílias que não têm um membro responsável pela educação dos filhos e que por isso adquirem hábitos alimentares inadequados (consumo excessivo de álcool, drogas, etc.);

6 - Famílias que, pelo menos, não têm um membro responsável por um risco mais elevado de pobreza de alimentação (uso de drogas, consumo excessivo de álcool, etc.)

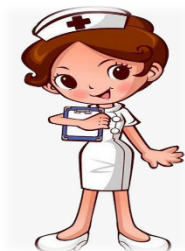
Classificação final:

- + de dois pontos – Famílias de médio risco;
- + de 4 pontos – Famílias de alto risco.

Fonte: SClínico, 2023

(Bispo et al., 2022)

Instrumentos de Avaliação Familiar



Fonte: <https://i.pinimg.com/736x/cd/c9/a0/cd9a0903c08e4caca3d09ebd8365e3c.jpg>

Sugestões a introduzir no SCLínico

- ✓ Genograma
- ✓ Ecomapa
- ✓ Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe
- ✓ Escala de FACES II
- ✓ Integração MDAIF

Conclusão

Após o término desta sessão formativa, pode-se dizer que os objetivos definidos inicialmente foram atingidos.

A realização desta formação permitiu aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca dos instrumentos de avaliação familiar.

Perceber a importância da avaliação familiar bem como da utilização dos instrumentos de avaliação existentes, vem realçar a necessidade de o enfermeiro de família reconhecer a família como foco dos seus cuidados.

A avaliação familiar permite identificar problemas/necessidades sensíveis às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e consequentemente implementar intervenções de enfermagem que conduzam a resultados favoráveis face aos diagnósticos de enfermagem formulados.

Bibliografia

- Bispo, R. M., Santiago, L. M., Rosendo, I. & Simões, J. A. (2022). Risco familiar, classificação socioeconómica e multimorbilidade em medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, 149-156. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13091>.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e Emigração [Dissertação de Mestrado]*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Estudo Geral: Repositório Científico da Universidade de Coimbra.
- Figueiredo, M. H. (Coord.) (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. SABOOKS EDITORA.
- Figueiredo, M. H. (Coord.) (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar: O bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 309-317. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10364>.
- Simões, J. A. & Rosendo, I. (2011). Estudar a família de um paciente em medicina geral e familiar: Quando, como fazê-lo e porquê?. In L. Rebelo (Coord.). *A família em medicina geral e familiar: Conceitos e práticas* (pp.77-85). Verlag Dashofer.
- Smikstein, J. C. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The journal of family practice*, 6(6), 1231-1239.
- Silva, R. A. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: O contributo do enfermeiro de família [Dissertação de mestrado]*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Repositório do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/24760>

Gratas pela vossa atenção!



Fonte: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fpt.dreamstime.com%2Femoticon-com-o-sinal-de-agradecimento-feliz-emoji-segurando-um-texto-obrigadoimage158026281&psig=ACQvVawZK4JT5m0vBw_K0XV_I0t&ust=1701901906232000&source=images&cd=vfe&opi=89978448&ved=0CABQFwQFwTCnQg_WwYTDfCAAAADAAABAJ

APÊNDICE 3 – Formação sobre satisfação conjugal na transição para a parentalidade



Fonte: <https://www.lifesizeds.pt/wp-content/uploads/2018/03/LS-pes-maos-cor%C3%A7%C3%A3o-parentalidade-coaching.jpg>



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

Realizado por:
Mária de Lurdes de Almeida Tavares
Sónia Andrade Pinto

Orientado por: Professora Marina Montezuma Carvalho Mendes Vazquinhas

Sumário

- Introdução
- Transição para a parentalidade
- Conjugalidade
- Satisfação conjugal
- O papel do enfermeiro de saúde familiar
 - EASAVIC
 - MDAIF
- Conclusão
- Bibliografia



Fonte: <https://www.fiequimetal.pt/index.php/guialidade/parentalidade-igualdade>

Introdução

A satisfação conjugal assume um papel preponderante na sobrevivência e crescimento das famílias (Faria, 2021).

Assumir o papel parental pode interferir na sexualidade e o facto de a mulher apresentar a autoimagem alterada contribui para o distanciamento do casal (Faria, 2021).

Esta formação tem como objetivos: Aprofundar conhecimentos sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade; Desenvolver competências no âmbito da Enfermagem de saúde Familiar; Compreender o papel do enfermeiro de saúde familiar na satisfação conjugal dos casais que se encontram em transição para a parentalidade.



Fonte: <https://pixabay.com/pt/photos/pai-bob%C3%AA-amor-monocrom%C3%A1tico-p%C3%A9-6648076/>

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Transição para a Parentalidade

Transição

Transição para a parentalidade

Pode ser entendida como a passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um estado para o outro (Meleis, 2010 conforme citado por Tralhão et al., 2020).

É uma transição de desenvolvimento e situacional

Esperadas ao longo do ciclo vital

Relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o utente/família está inserido



Fonte: <https://sicnoticias.pt/pais/2022-12-22-Licenca-parental-passa-de-20-para-28-dias-para-o-pai-5790782>

(Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 conforme citado por Santos et al. 2015)

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Transição para a Parentalidade

- Inicia-se com o nascimento do primeiro filho (Relvas, 1996).
- É a partir deste momento, que se inicia a 2ª etapa do ciclo vital da família, marcada pelo surgimento de um novo subsistema, o parental, e pelo aparecimento de novas funções, tarefas e um conjunto de reorganizações relacionais (Alarcão, 2006).
- Embora se trate de um acontecimento de caráter normativo, não é vivenciado de igual modo por todos os indivíduos/famílias, tornando-se por isso num período suscetível de desequilíbrios e vulnerabilidades para o sistema familiar (Martins et al., 2017).

5

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Transição para a Parentalidade

Para que a transição para a parentalidade decorra sem complicações, a família tem como tarefa:

- O reajuste do sistema conjugal;
- A união do casal nas tarefas financeiras, domésticas e de educação;
- E o realinhamento de relacionamentos com a família extensa.

(Wright & Leahey, 2012)

O nascimento do primeiro filho impõe de forma irreversível, um conjunto de mudanças drásticas na auto-perceção, na conjugalidade e nas interações familiares (Chong & Mickelson, 2016).

6

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Conjugalidade

É um conceito que se opõe ao individualismo e que se caracteriza pela existência de uma relação dinâmica inconsciente, dotada de regras e funcionamento particularizado (Magalhães & Feres-Carneiro, 2003 conforme citado por Domingues, 2021).

Fatores protetores:

- Gravidez planeada;
- Comunicação conjugal;
- Compreensão
- Entreeajuda.

(Silva et al., 2021)

Fatores dificultadores:

- Gestão de momentos a sós;
- Reinício e manutenção da sexualidade;
- Desempenho do papel parental;
- Família alargada;
- Ausência de apoio dos profissionais de saúde.

(Silva et al., 2021)

7

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal é um indicador de felicidade da vida conjugal;

Refere-se a emoções e cognições sobre a satisfação do casal em relação à sua conjugalidade;

Contém múltiplas dimensões, incluindo relações sexuais, traços de personalidade, relacionamento com outras pessoas, a participação na tomada de decisões, o relacionamento com o companheiro, o tempo de lazer e a comunhão religiosa.

(Nourani et al., 2019)

8

❖ **Satisfação Conjugal**

Fonte: <https://pics onlinebloghp-content/uploads/2017/04/casal-na%CC%83o-deve-fazer-1.jpg>, website

❖ **Satisfação Conjugal**

O facto de a mulher apresentar a sua imagem corporal alterada, interfere com a sua feminilidade, o que também contribui para que ocorra um distanciamento na relação conjugal (Simone & Mosmann, 2015 conforme citado por Faria, 2021).

❖ **Satisfação Conjugal**

Deve também fazer parte das intervenções do enfermeiro nas consultas de planeamento familiar e saúde materna durante a gravidez.

❖ Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar



Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar

O enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela capacitação e pelo empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou de doença (Trailhø et al., 2020).

Deve ter em conta as mudanças e as exigências que as transições acarretam na vida dos utentes e das suas famílias (Moleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000 conforme citado por Trailhø et al., 2020).

O enfermeiro de saúde familiar deve ser um agente facilitador na transição para a parentalidade, capacitando-a, pelo reforço das suas forças e pela transformação das suas barreiras num conjunto de intervenções planeadas (Figueiredo, 2012).



Fonte: https://img.freepress.com/photos-gratuitas/foto-foto-com-o-bela-andando-na-praia-e-olhando-ao-mar_23-2148134528.jpg

13

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar

EASAVIC

	Nada satisfeito/a	Pouco satisfeito/a	Razoavelmente satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
1 O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5
2 A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
3 O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5
4 A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5
5 O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5
6 A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5
7 O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5
8 O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
9 O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5
10 A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5
11 A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
12 A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5
13 A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
14 A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5
15 O modo como conversamos.	1	2	3	4	5
16 Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5
17 A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5
18 O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5
19 O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
20 O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5
21 O modo com expresse o que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5

(Narciso & Costa, 1996)

14

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Papel do Enfermeiro de Família

EASAVIC

	Nada satisfeito/a	Pouco satisfeito/a	Razoavelmente satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
22 O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5
23 O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
24 O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5
25 A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5
26 O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5
27 O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5
28 A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5
29 O apoio emocional que dou ao (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
30 O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	1	2	3	4	5
31 A confiança que tenho no (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
32 A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.	1	2	3	4	5
33 A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
34 A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por	1	2	3	4	5
35 A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5
36 A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
37 A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5
38 Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5
39 As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5
40 As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5
41 O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
42 A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5
43 As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5
44 A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5

(Narciso & Costa, 1996)

15

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar

EASAVIC

Constituída por um conjunto de 44 itens organizados em 7 áreas:

- ✓ Intimidade emocional;
- ✓ Sexualidade;
- ✓ Comunicação/conflito;
- ✓ Funções familiares;
- ✓ Rede social;
- ✓ Autonomia;
- ✓ Tempos livres.

Escala tipo Likert em que:

- 1 ponto – nada satisfeito;
- 2 pontos – pouco satisfeito;
- 3 pontos – razoavelmente satisfeito;
- 4 pontos – satisfeito;
- 5 pontos – muito satisfeito;
- 6 pontos – completamente satisfeito.



Fonte: https://img.freepress.com/photos-gratuitas/foto-foto-com-o-bela-andando-na-praia-e-olhando-ao-mar_23-2148134528.jpg

O nível de satisfação conjugal é avaliado através da média das respostas dadas

(Narciso & Costa, 1996)

16

Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade

❖ Intervenções de Enfermagem Promotoras da Satisfação Conjugal

- Motivar para a redefinição da divisão / partilha das tarefas domésticas
- Promover a comunicação expressiva das emoções
- Motivar para atividades em conjunto
- Ensinar sobre sexualidade
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções familiares
- Orientar para terapia familiar

(Figueiredo, 2012)

21

Conclusão

Terminada esta atividade formativa, é de referir que objetivos enunciados na introdução foram alcançados com sucesso.

Como limitação, aponta-se a carência de estudos de investigação sobre a temática no âmbito da Enfermagem em Saúde Familiar, o que obrigou a uma pesquisa mais afincada.

A fim de dar visibilidade à Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sugere-se que se continue a investir na investigação e na formação nesta área.

22

Conclusão

Em suma, é de salientar que a realização da presente formação se revelou uma experiência bastante enriquecedora, uma vez contribuiu para o desenvolvimento de um vasto leque de conhecimentos e competências no âmbito da temática em estudo.

A compreensão do contexto desenvolvimental do sistema familiar, possibilita ao enfermeiro de saúde familiar antecipar cuidados, que promovam a capacitação da mesma ,através do desenvolvimento de tarefas essenciais em cada etapa do ciclo vital e da preparação para as futuras transições.

Cabe assim ao enfermeiro de saúde familiar, intervir na promoção e na recuperação da satisfação conjugal, facilitando a resposta e adaptação da família na transição para a parentalidade.

23

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto.
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). Perceived fairness and relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support. *Journal of Family Issues*, 37(1), 3-28. <https://doi.org/10.1177/0192513X13516764>
- Domingues, S. I. (2021). *Efeitos da parentalidade na conjugalidade: A visão dos profissionais de psicologia clínica e psicoterapia* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/10587>
- Faria, C. S. (2021). *Impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal: Perceção das primíparas. psicoterapia* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10284/10587>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Saboos Editora.
- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo M. C. (2017). Tornar-se Pai ou Mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 6(4), 146-161. <https://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>.
- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de consulta psicológica*, 12, 115-130. <https://hdl.handle.net/10216/15550>

4

BIBLIOGRAFIA

- Nourani, S., Seraj, F., Shakeri, M. T., & Mokhber, N. (2019). The Relationship between Transition to Parenthood and Marital Satisfaction in Housewives and Employed Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 7(3), 1797-1805. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2018.27141.1295>
- Relvas (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perpetiva sistêmica*. Edições Afrontamento.
- Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. D., & Azevedo, I. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, 49, 153-171.
- Silva, M. S., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarheiro, A. P. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20-32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

25

**GRATAS PELA VOSSA
ATENÇÃO!**



Fonte: <https://canguruneuws.com.br/empresa-cidada-obstaculos-para-estender-licenca-maternidade/>

26

APÊNDICE 4 – Formação sobre a funcionalidade e coesão familiar na doença crónica- Diabetes Mellitus tipo 2



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença Crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

Maria de Lurdes de Almeida Tavares
Sónia Andrade Pinto



Fonte: <https://averdadeemim.wordpress.com/2014/12/21/familia/>

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO
FUNCIONALIDADE E COESÃO FAMILIAR
A DIABETES MELLITUS COMO DOENÇA CRÓNICA
PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2
VIVER COM DIABETES MELLITUS
DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA
PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA
• Escala de APGAR Familiar de Smilkstein
• Escala de FACES II
• MDAIF
• Intervenções de Enfermagem Promotoras da Funcionalidade e Coesão Familiar
CONCLUSÃO
BIBLIOGRAFIA



Fonte: <https://www.psymeetsocial.com/blog/artigos/beneficios-do-apoio-social>

2

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é um problema de saúde individual e familiar, que exige um processo de adaptação e de aprendizagem. O aparecimento da doença constitui um fator de stress dada a necessidade de integrar o controlo da doença nas atividades de vida diária, bem como as suas complicações ou alterações emocionais que possam surgir (Ribeiro, 1998; Vaz Serra, 1999 conforme citado por Cunha, 2013). Tem-se verificado nos últimos anos um aumento na taxa de prevalência da Diabetes Mellitus em Portugal, pelo que se justifica a sua abordagem (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2023).

Para além disso, as ligações sociais entre os elementos da família da pessoa com doença crónica, contribuem para um melhor ajuste emocional e estratégia de coping para enfrentar a situação de doença, pelo que é fundamental compreender a funcionalidade e coesão familiar nas famílias com membros diabéticos (Rossi, 2008 conforme citado por Ribeiro, 2010).

A realização desta formação tem por objetivos: dar a perceber a importância da família, da funcionalidade e coesão familiar, na adaptação à doença crónica; descrever os fatores que interferem na adaptação do indivíduo e da família à doença crónica; definir o papel do Enfermeiro de família na transição saúde/ doença; esclarecer como pode o enfermeiro de família avaliar a funcionalidade e a coesão familiar.

3

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes tipo 2

Funcionalidade e Coesão Familiar

Funcionalidade Familiar

A perceção do cuidado e apoio que um indivíduo recebe de sua própria família é definido por como funcionalidade familiar (Smilkstein, conforme citado por Vargas et al., 2021).

Coesão Familiar

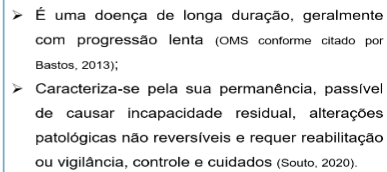
É a ligação emocional existente entre os elementos da família bem como a autonomia individual que cada um possui (Lorent & Cano, 2003 conforme citado por Silva, 2014).



Fonte: <https://paroquiagloria.org/v2/?p=8144>

4

A DIABETES MELLITUS TIPO 2 COMO DOENÇA CRÔNICA

[illegible]

PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

- 

[illegible]

VIVER COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

-

Fonte: <https://asmetro.org.br/portalsn/2018/11/17/de-bem-com-a-vida-viver-com-diabetes/>

DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA

Fonte: https://www.facebook.com/costamelocolegio/photos/a.522342637900623/1000662906735258/?type=3&locale=pt_BR

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA

A família dispõe de recursos que pode mobilizar face à situação de doença, onde estão incluídos os do próprio sistema familiar, como a coesão familiar, a adaptabilidade, a capacidade de tomar decisões, a organização e a capacidade de resolver problemas (McCubbin & McCubbin, 1993 conforme citado por Hanson, 2005).



Fonte: https://www.facebook.com/costamelocolegio/photos/a.522342637900623/1000662906735258/?type=3&locale=pt_BR

9

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA

A adaptação da pessoa e da família à doença crónica depende de vários fatores, tais como: características individuais e da doença; tipo e fase de doença; papel desempenhado pelo membro da família com doença; condições socioeconómicas da família; etapa do ciclo vital e interações familiares (Hanson, 2005 & McCubbin, 1993 conforme citado por Figueiredo, 2012).

A doença crónica tem impacto na vida da pessoa e da sua família de uma forma global, precipitando, em muitos casos, uma situação de rotura com a organização pessoal, profissional, familiar e social (Bastos, 2013).

Quando ocorre uma mudança no estado de saúde num dos membros da família, todo o sistema familiar vai sofrer alterações, do mesmo modo que o funcionamento familiar interfere no bem estar físico e psicológico da família (Hanson, 2005).



Fonte: https://www.facebook.com/costamelocolegio/photos/a.522342637900623/1000662906735258/?type=3&locale=pt_BR

10

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA

O aparecimento da doença na família, é considerado uma transição de saúde-doença e situacional (Figueiredo, 2012).

As situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o utente/família está inserido, incluindo a adição ou perda de um membro da família (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 conforme citado por Santos et al. 2015).

As transições de saúde-doença resultam da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica ou de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar, que, no entanto engloba a cronicidade (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013 conforme citado por Santos et al. 2015).

O processo saúde/doença, conduz inevitavelmente a um processo de adaptação que não depende somente da pessoa, mas também do meio onde se insere (Meleis 2010 conforme citado por Cunha, 2013).

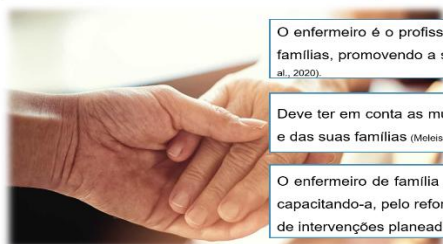


Fonte: https://www.facebook.com/costamelocolegio/photos/a.522342637900623/1000662906735258/?type=3&locale=pt_BR

11

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA



O enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela capacitação e pelo empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou de doença (Tralhão et al., 2020).

Deve ter em conta as mudanças e as exigências que as transições acarretam na vida dos utentes e das suas famílias (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000, conforme citado por Tralhão et al., 2020).

O enfermeiro de família dever ser um agente facilitador na transição saúde-doença e situacional, capacitando-a, pelo reforço das suas forças e pela transformação das suas barreiras num conjunto de intervenções planeadas (Figueiredo, 2012).

Fonte: <https://www.noticiasao minuto.com/mundo/1452359/covid-19-juntos-ha-50-anos-casal-de-idosos-morre-de-maos-dadas>

12

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA



ORDEM DOS ENFERMEIROS

O Enfermeiro de família deve ter como foco a família como um todo e os seus membros individualmente, avaliando e intervindo de modo a promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar (Decreto-lei, 118/2014 de 5 de agosto, 2014).

Fonte: <https://pt.dreamstime.com/apoio-aos-cuidados-e-%C3%A0-fam%C3%AAdia-de-m%C3%A3os-dadas-mesa-para-mostrar-empatia-amor-esperan%C3%A7a-fechar-confian%C3%A7a-conex%C3%A3o-image25539536>

13

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2



De que forma o enfermeiro de família pode avaliar a funcionalidade e coesão familiar em famílias com doença crónica?

Fonte: <https://metodologiainformatica2014.files.wordpress.com/2014/10/images.jpg>

14

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?	☐	☐	☐
2 - Está satisfeita com a forma como a sua família discute assuntos?	☐	☐	☐
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?	☐	☐	☐
4 - Está satisfeita com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	☐	☐	☐
5 - Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?	☐	☐	☐

- **Quase sempre:** 2 pontos
- **Algumas vezes:** 1 ponto
- **Quase nunca:** 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional;
4 a 6 – Família com moderada disfunção;
0 a 3 – Família com disfunção acentuada.

(Smilkstein, 1978)

15

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

Escala de FACES II

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

- 1 – Quase nunca;
- 2 – De vez em quando;
- 3 – Às vezes;
- 4 – Muitas vezes
- 5 – Quase sempre

Tipo de família (Coesão-16 itens; Adaptabilidade -14 itens):

- Muito equilibrada;
- Equilibrada
- Meio-termo
- Extrema

(Fernandes, 1995)

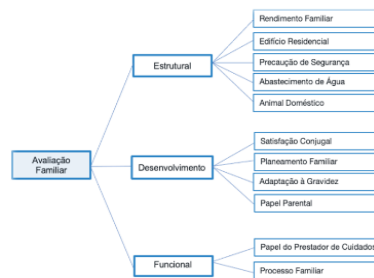
16

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

A escala de APGAR Familiar e de FACES II são instrumentos de avaliação familiar que integram o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) construído pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo em 2012 (Figueiredo, 2012).

O MDAIF baseia-se nas teorias construtivistas, nos princípios de terapia familiar e no modelo de Calgary (Figueiredo, 2012).

Este modelo possui uma matriz operativa que sintetiza e direciona as práticas de Enfermagem direcionadas à família como alvo dos cuidados com vista a potencializar as forças, os recursos e as competências da família (Figueiredo, 2012).

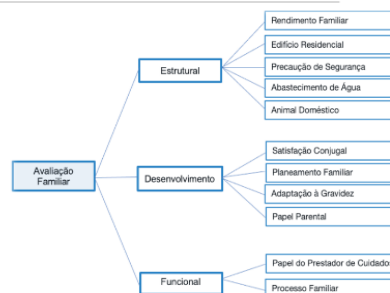


(Figueiredo, 2012)

17

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

A aplicação do MDAIF permite ao enfermeiro de saúde familiar identificar as necessidades da família, formular diagnósticos e selecionar um conjunto de intervenções que deem resposta às necessidades identificadas com o objetivo de manter um funcionamento adequado das famílias.



(Figueiredo, 2012)

18

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA FUNCIONALIDADE E COESÃO FAMILIAR

- Promover a comunicação expressiva das emoções;
- Promover o envolvimento da família;
- Promover estratégias adaptativas/*coping* na família;
- Avaliar a saturação do papel;
- Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família;
- Otimizar a comunicação na família;
- Otimizar o padrão de ligação;
- Orientar para terapia familiar.

(Figueiredo, 2012)

19

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes Mellitus tipo 2

CONCLUSÃO

O aparecimento da doença crónica num dos membros da família conduz a alterações na dinâmica familiar.

A família pode constituir-se como um elemento facilitador ou dificultador do processo saúde doença, dependendo da sua capacidade para mobilizar recursos que permitam a capacitação e promoção da saúde nas situações de doença crónica, tal como a diabetes.

Cabe ao enfermeiro de saúde familiar, promover a capacitação da família como um todo e de cada um dos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital.

20

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes *Mellitus* tipo 2

BIBLIOGRAFIA

- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2023). *Diabetes Factos e Números: Relatório anual do observatório anual da diabetes*. <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>
- Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica : uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa do Porto, Instituto de Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>
- Castro, S. F. (2015). *Diabetes Mellitus: Suporte social e adesão aos tratamentos* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Repositório digital da Universidade da Beira Interior. https://ubibicorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5877/1/4475_8744.pdf
- Cunha, L. C. (2013.). *Vivência conjugal na transição para o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. file:///C:/Users/Asus/Downloads/D2011_10001522017_2713028_1.pdf
- Decreto-lei n. 118/2014 de 5 agosto. (2014). Em *Diário da República*, 1ª Série, n. 149, 4069-4071. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e Emigração* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Coimbra.
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Hanson, S.M. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: uma introdução. In S. Hanson (2ªed.), *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (pp. 2-37). Lusociência.

21

Funcionalidade e Coesão Familiar na Doença crónica – Diabetes *Mellitus* tipo 2

BIBLIOGRAFIA

- Ministério da Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060891/Pages/default.aspx>.
- Raposo, M. F. (2021). *As principais preocupações das pessoas que vivem com diabetes mellitus tipo 2 na gestão do dia a dia: um olhar sob a perspetiva da pessoa com DM2 e do profissional de saúde* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/135103>
- Ribeiro, V. M. (2010). *Suporte social e adesão ao tratamento em indivíduos com diabetes tipo 2* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório Institucional Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1450/2/DM_Marilia%20Veigas%20Ribeiro%2012979.pdf
- Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. D., & Azevedo, I. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, 49, 153-171. <https://revistas.rcap.pt/millenium/article/view/8083>.
- Silva, F. M. (2014). *Promoção do autocuidado na família totalmente dependente* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16245>.
- Smikstein, J. C. P. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The journal of family practice*, 6(6), 1231-1239.
- Souto, C. N. (2020). Qualidade de Vida e Doenças Crónicas: Possíveis Relações. *Brazilian Journal of health Review*, 3(4), 8169-8196. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30.

22

APÊNDICE 5 – Panfleto sobre a influência das TIC em famílias com filhos pequenos



Influência das TIC em famílias com filhos pequenos

O que são TIC (tecnologias de informação e comunicação)?

Conjunto de recursos tecnológicos que permitem a comunicação entre pessoas e a produção, o acesso e a divulgação de informações.

- ⇒ Facilitam a gestão diária de atividades em tempo real;
- ⇒ Aumentam o tempo em família através da partilha de atividades online;
- ⇒ Facilitam a manutenção de relações à distância.

Vantagens

- ⇒ Diminuição do tempo passado em família;
- ⇒ Probabilidade de haver maior distanciamento entre os elementos da família;
- ⇒ Probabilidade de ocorrerem conflitos intergeracionais;
- ⇒ Podem surgir situações de adição;
- ⇒ Diluição dos limites entre a vida pública, profissional e privada.

Desvantagens

Recomendações

- ⇒ É fundamental que pais e filhos utilizem conjuntamente os dispositivos, promovendo o seu potencial de aprendizagem e interação, a comunicação e o conhecimento das atividades que as crianças executam online;
- ⇒ Encorajar dos filhos a falar sobre os problemas que encontrarem online;
- ⇒ Os pais devem negociar as regras e limites familiares relativamente ao uso das TIC;
- ⇒ Monitorizar os filhos para que estes aprendam a utilizar as TIC de forma responsável.



Estratégia educativa realizada por Maria de Lurdes de Almeida Tavares e Sónia Andrade Pinto, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área da de Enfermagem de Saúde Familiar, UC Estágio com relatório.

APÊNDICE 6 – Cartaz realizado no âmbito do Dia Internacional da Família



APÊNDICE 7 – Poster “A comunicação sobre sexualidade com filhos adolescentes”



A comunicação sobre sexualidade na família com filhos adolescentes

Ana Rita Veiga; Isabel Magalhães; Sónia Pinto
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento único com riscos específicos para a saúde sexual e reprodutiva (Pichon et al., 2022). Os comportamentos sexuais de risco, tais como o início precoce da atividade sexual e as relações desprotegidas, colocam os adolescentes numa situação de vulnerabilidade relativamente a infeções sexualmente transmissíveis e a gravidezes não planeadas (Grossman et al., 2019; Karm et al., 2018 conforme citado por Estrada-Martínez et al., 2021). A comunicação sobre a sexualidade com a família pode proteger os adolescentes contra os comportamentos sexuais de risco (Munry et al., 2014; Trejo-Castillo et al., 2009 conforme citado por Grossman et al., 2019).

Questão de pesquisa: Qual a importância da comunicação sobre sexualidade na família com filhos adolescentes?

Objetivo

Analisar a evidência disponível sobre a importância da comunicação sobre sexualidade na família com filhos adolescentes.

Métodos

Realização de revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica no motor de busca EBSCO, tendo sido selecionadas as seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Academic Search Complete e a Psychology and behavior science collection. Utilizou-se a expressão de pesquisa booleana (sexuality) AND (teenagers or young adults) AND (family communication).

Na pesquisa inicial, com a adequação do título e resumo, obtiveram-se um total de 101 artigos, sendo que 31 se encontram na MEDLINE Complete, 24 na CINAHL Complete, 36 na Academic Search Complete e 10 na Psychology and behavior science collection. Posteriormente foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: documentos publicados a partir do ano 2019 inclusive e texto integral. Foram encontrados 21 artigos e destes, 10 foram removidos por se encontrarem duplicados, pelo que se obtiveram um total de 11 artigos. Após a leitura do título e resumo foram selecionados 3 artigos que representam a amostra, dos quais 2 são estudos quantitativos e 1 é qualitativo. Os participantes são adolescentes, jovens adultos e adultos com idade igual ou superior a 35 anos.

Resultados

A comunicação dos pais sobre sexualidade assume um papel fundamental na promoção da saúde das adolescentes e mulheres jovens (Pichon et al., 2022). Os pais influenciam o comportamento sexual das suas filhas se forem percebidos por estas como bons comunicadores e permitirem a troca de opiniões (Jaccard et al., 2002 conforme citado por Pichon, 2022), no entanto, as mães são os elementos da família que mais comunicam sobre sexualidade com os adolescentes (Aronowitz et al., 2007; Teleman et al., 2009 conforme citado por Estrada-Martínez et al., 2021). Os adolescentes ficam mais à vontade quando conversam sobre sexualidade com membros da família do mesmo género (Caughlin et al., 2000 conforme citado por Estrada-Martínez et al., 2021). O comportamento sexual dos adolescentes pode levar à comunicação familiar sobre sexualidade e não o contrário (Estrada-Martínez et al., 2021). A família extensa pode assumir um papel de extrema importância para os adolescentes devido às preocupações destes sobre o julgamento dos pais em relação ao seu comportamento sexual (Choyn, 2010 conforme citado por Grossman et al., 2019). Os membros da família extensa apresentam uma maior abertura para discutir comportamentos sexuais mais seguros, em comparação com os pais, que tendem a se concentrar em adiar o início da experiência sexual (Grossman et al., 2018 conforme citado por Grossman et al., 2019). A família extensa da mesma idade deve ser considerada pelos profissionais de saúde como um recurso para apoiar a saúde sexual dos adolescentes (Grossman et al., 2019). A comunicação entre irmãos sobre sexualidade pode apoiar a saúde sexual dos adolescentes, especialmente quando combinada com conversas entre pais e filhos sobre sexualidade (Sacco-Turner et al., 2011; Kivul & Bilo-Pike, 2004 conforme citado por Grossman et al., 2019). No entanto, alguns estudos sugerem que mensagens de irmãos mais velhos podem encorajar comportamentos sexuais de risco (East & Khoo, 2000; Whiteman et al., 2014 conforme citado por Estrada-Martínez et al., 2021).

Conclusões

Não existe um padrão de comunicação único entre pais e filhos adolescentes sobre sexualidade.

A comunicação familiar sobre sexualidade pode fazer a diferença no comportamento sexual do adolescente, contribuindo para a promoção da sua saúde sexual. As conversas com os pais sobre sexualidade estão associadas ao atraso na primeira relação sexual e a níveis mais baixos de comportamentos sexuais de risco entre adolescentes.

A família extensa pode desempenhar um papel particularmente importante para os adolescentes sexualmente ativos, que muitas vezes recorrem a esta para um apoio menos crítico e mais aberto para discutir questões sobre sexualidade. Dada a frequência da comunicação dos adolescentes com a família extensa e os seus potenciais efeitos na sua saúde, essas relações devem ser reconhecidas nos programas de saúde para adolescentes, que se centram principalmente nos pais.

Referências Bibliográficas

Estrada-Martínez, L. M., Grossman, J. M., & Richter, A. M. (2021). Sex behaviours and family sexual communication among Hispanic adolescents. *Routledge*, 21(1), 59-74. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1749042>

Grossman, J. M., Lynch, A. D., Richter, A. M., DeSouza, L. M., & Ceder, I. (2019). Extended-Family Talk about Sex and Teen Sexual Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health Article Extended*, 16(480), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030480>

Pichon, M., Howard-Merrill, L., Wanoy, J., Butler, A. M., & Kyegombe, N. (2022). A qualitative study exploring parent-daughter approaches for communicating about sex and transactional sex in Central Uganda: Implications for comprehensive sexuality education interventions. *Journal of Adolescence*, 94, 880-891. <https://doi.org/10.1002/jad.12071>

© 2023 Elsevier B.V. All rights reserved. 10075-0000

APÊNDICE 8 – Poster “A sexualidade em famílias idosas”

A SEXUALIDADE EM FAMÍLIAS IDOSAS

Pinto, S.¹; Magalhães, I.²; Seabra, F.³
^{1,3}Enfermeira na ULS de Coimbra; ²Enfermeira na ERPI Instituto São José e na Clínica Dr. Pinto Leite (Radeife - Paços de Ferreira)
Contacto email: zonia_pinto@hotmail.com



Introdução

A sexualidade é uma experiência subjetiva e que engloba diversas dimensões (Júnior et al., 2022). É um tema pouco estudado e muitas vezes ignorado nas famílias idosas. Contudo, deve ser entendida, como uma necessidade básica (Faria et al., 2024).

Palavras-chave: Sexuality; Aged; families

Objetivo

Conhecer a evidência existente sobre a sexualidade em famílias idosas

Métodos

Revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica na EBSCO. Foi utilizada a expressão booleana (sexuality) AND (aged) AND (families). Com a adequação do título e resumo, foram obtidos 156 artigos: 67 na Medline Complete, 46 na CINHAHL Complete, 4 na Medclatina e 43 na Psychology and Behavioral Sciences Collection. Foram aplicados os critérios de inclusão: texto integral e artigos publicados nos últimos 5 anos em inglês, português e espanhol. Daqui resultaram 19 artigos, 1 removido por se encontrar repetido. Após a leitura do título e resumo foram selecionados 4. Os participantes são idosos com idade ≥ 65 anos.

Referências Bibliográficas:

Faria, S., Pereira, M., Barroso, I., Monteiro, M., & Caramelo, A. (2024). Affective and sexual experiences of elderly in a family health unit. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.295>

Júnior, E. V., Cruz, D. P., Rosa, R. S., Cairo, G. M., Silva, C. S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2022). Efeitos da sexualidade na funcionalidade familiar e na qualidade de vida de pessoas idosas: Estudo transversal. *Revista Cuidarte*, 13(1), 1-18. <http://dx.doi.org/10.15648/cuidarte.2236>

Júnior, E. V., Filho, B. F., Silva, C. S., Rosa, R. S., Cruz, D. P., Santos, B. F., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2023). Sexuality as a factor associated with the quality of life of the elderly. *SciELO*, 27, 1-10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0228en>

Nova, C. L., Confia, K. B., Lourenço, V. A., Jorge, B. S., & Silva, T. M. (2023). Conceptions and experiences of sexuality and the effects on the lives of elderly women. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 16, 1-6. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v16.13035>

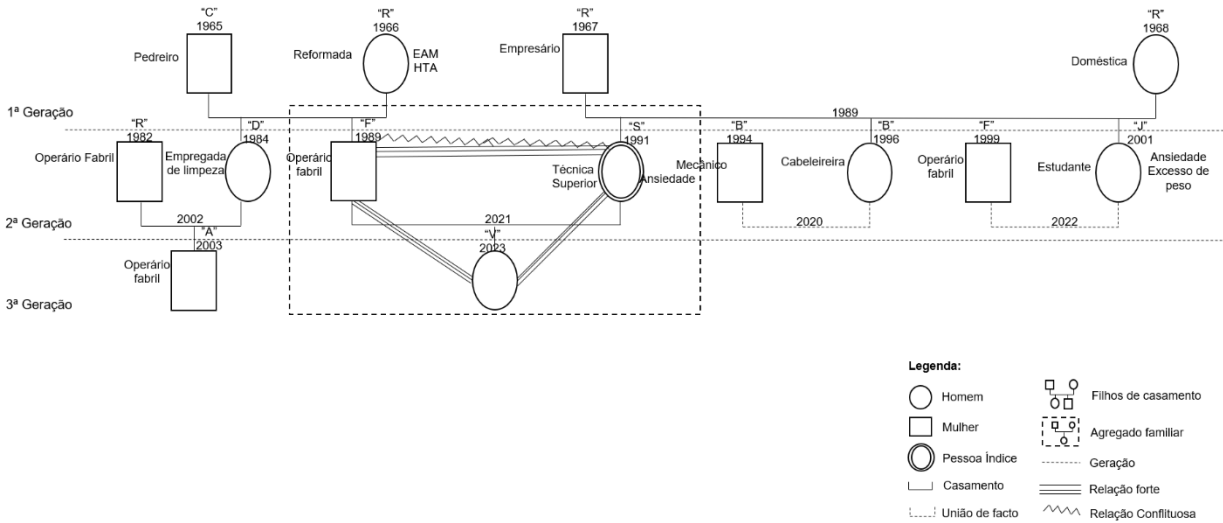
Resultados e Discussão

Num estudo realizado por Faria et al. (2024), as famílias idosas têm uma atitude positiva face à sexualidade na velhice. Nesta etapa do ciclo vital, a sexualidade é vivenciada maioritariamente por afetos e valores. O ato sexual é menos frequente, embora estas famílias reconheçam que melhora a autoestima e a relação. As famílias idosas sentem que existe preconceito em relação à sexualidade na velhice. A educação para a saúde sobre a sexualidade em famílias idosas está relacionada com uma vivência mais satisfatória das relações afetivas (Júnior et al., 2022).

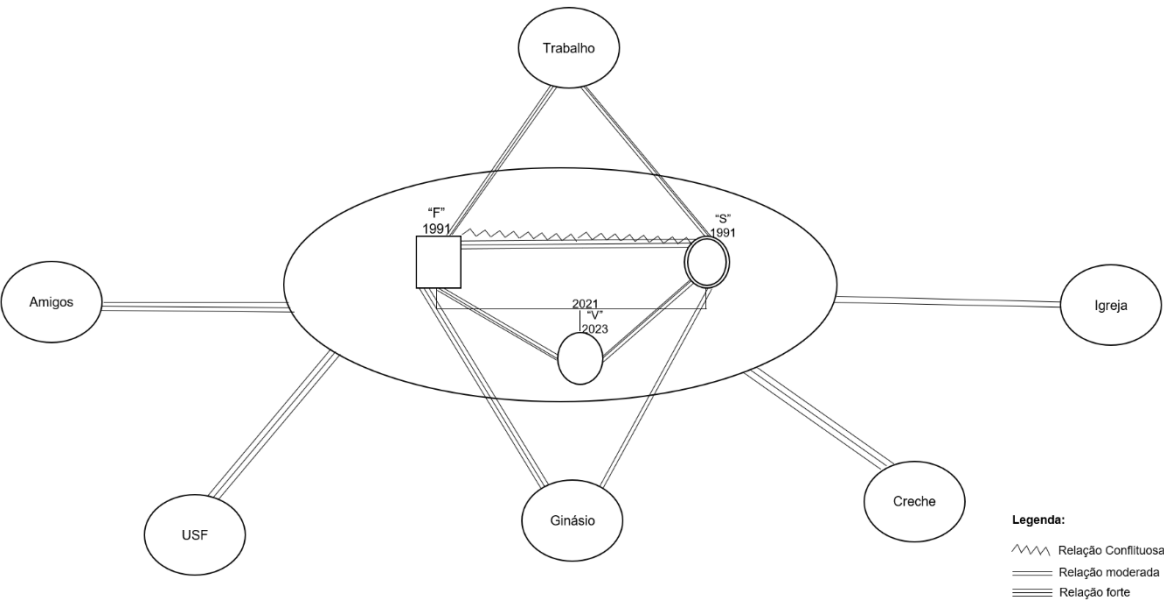
Conclusões

A sexualidade na velhice é vivida de forma diferente. No processo natural de envelhecimento, onde ocorrem mudanças fisiológicas, relacionais e emocionais, o ato sexual torna-se menos frequente. Contudo, melhora a relação do casal (Júnior et al., 2022; Nova et al., 2023). É importante que o enfermeiro de família desmistifique estereótipos e crenças que restringem a velhice a uma fase incapaz de oferecer prazer (Júnior et al., 2022; Júnior et al., 2023; Faria et al., 2024).

APÊNDICE 9 - Genograma realizado a uma das famílias avaliadas



APÊNDICE 10 – Ecomapa realizado a uma das famílias avaliadas



Instrumento de Colheita de Dados

Código ____

Tema do estudo de Investigação: “Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses”.

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” pertencente ao II Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a mestrandia Sónia Andrade Pinto, a realizar Ensino Clínico na USF _____; pretende desenvolver um estudo de investigação no âmbito da satisfação conjugal na transição para a parentalidade.

Com o objetivo de avaliar a satisfação conjugal em casais em transição para a parentalidade e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias, foi elaborado o presente documento, que se encontra organizado em duas partes. Na primeira, consta um questionário sociodemográfico; e na segunda, encontra-se a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC de Narciso e Costa, 1996), cuja autorização para a sua utilização foi solicitada à respetiva autora, tendo recebido parecer favorável.

Responda o mais honestamente possível, tendo em conta que não existem respostas certas, nem erradas. Leia atentamente e responda a todas as questões colocadas.

I PARTE

Questionário Sociodemográfico

Idade: ____ anos

Sexo:

Masculino ☐

Feminino ☐

Estado Civil:

Solteiro ☐

Casado ☐

União de Facto ☐

Se outra, qual: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Situação Profissional:Empregado (a) ☐Desempregado (a) ☐

Idade da (s) Crianças: _____

Origem do rendimento familiar:Lucros de empresas, de propriedades; heranças; rendimentos profissionais de elevado nível ☐Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) ☐Vencimentos certos ☐Remunerações $\leq$ ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados; vencimentos incertos ☐Assistência (subsídios) (Não se inclui neste grupo pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho) ☐**Tipo de habitação**Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto ☐Casa ou andar bastante espaçoso e confortável ☐Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais ☐Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível ☐Impróprio (barraca, andar ou outro); coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade ☐**Local de residência**Zona residencial elegante ☐Bom local ☐Zona intermédia ☐Bairro social/operário; zona antiga ☐Bairro de lata ou equivalente ☐

II PARTE

EASAVIC (NARCISO & COSTA, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: **1 – Nada satisfeito(a) 2 – Pouco satisfeito(a) 3 – Razoavelmente satisfeito(a) 4 – Satisfeito(a) 5 – Muito satisfeito(a) 6 – Completamente satisfeito(a)**. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

	Nada satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente satisfeito/a
1 O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2 A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3 O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4 A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5 O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6 A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7 O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8 O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
9 O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10 A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6
11 A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
12 A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13 A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
14 A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6
15 O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16 Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17 A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18 O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19 O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
20 O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21 O modo com expresse o que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6

	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente Satisfeito/a
22 O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23 O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a)	1	2	3	4	5	6
24 O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25 A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26 O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
27 O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
28 A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29 O apoio emocional que dou ao (à) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
30 O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31 A confiança que tenho no (na) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
32 A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33 A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
34 A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35 A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5	6
36 A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
37 A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38 Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5	6
39 As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40 As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
41 O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
42 A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6
43 As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
44 A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6

Grata pelo seu contributo para esta investigação!

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo, intitulado de “Satisfação Conjugal na Transição para a Parentalidade: Casais com filhos até aos 18 meses”, será realizado pela aluna Sónia Andrade Pinto, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” pertencente ao II Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A transição para a parentalidade é uma das mais dramáticas e intensas transições que o sistema familiar enfrenta, pois embora se trate de um acontecimento normativo, não é vivenciado de igual modo por todos os indivíduos/famílias. O nascimento do primeiro filho impõe um conjunto de mudanças na autoperceção, na conjugalidade e nas interações familiares.

O presente estudo tem como objetivos: avaliar a satisfação conjugal em casais em transição para a parentalidade; e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

Para a concretização deste estudo, será realizado um convite às famílias elegíveis para a investigação pela Enfermeira Cooperante/respetiva Enfermeira de Família, em momento oportuno, durante a consulta de Enfermagem ou através do estabelecimento de contacto telefónico prévio.

A sua participação na investigação é voluntária e ser-lhe-á dada oportunidade de reflexão antes de tomar qualquer decisão. De referir que, a qualquer momento, tem a possibilidade de cessar a sua participação no estudo, sem que daí advenha qualquer tipo de repercussão. Ser-lhe-á apresentado, em duplicado, o presente consentimento informado em papel. Caso aceite participar no estudo, um dos documentos ficará em sua posse e o outro, ficará devidamente assinado na posse da investigadora.

Toda a informação recolhida, será utilizada para fins académicos e de investigação, garantindo-se total anonimato e confidencialidade. Não serão recolhidos dados que o identifiquem. Mais se informa que, findo o estudo, todos os instrumentos de colheita de dados serão destruídos. Não se prevê quaisquer riscos ou incómodos para os participantes.

A sua participação no estudo, não lhe trará custos do ponto de vista financeiro. Qualquer questão, será prontamente respondida pela investigadora principal ou co-investigadoras. Se assim o entender, ser-lhe-á facultado maior detalhe científico sobre o tema em estudo.

Os resultados obtidos, irão contribuir para o aumento dos conhecimentos no âmbito da Enfermagem em Saúde Familiar, perspectivando-se e a elaboração de um projeto de melhoria contínua a ser implementado na população alvo, o que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e consequentemente para a obtenção de ganhos em saúde.

Investigadora Principal

- Confirmando que expliquei ao participante, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, bem como os riscos e os benefícios associados à sua realização.
- Assegurei-me de que houve um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão.
- Garanto que, a qualquer momento, os participantes têm a possibilidade de cessar a sua participação no estudo, sem que daí advinha qualquer tipo de repercussão.

Assinatura

Contactos da investigadora:**Telemóvel:****E-mail:****Participante**

Eu, _____, declaro que aceito participar voluntariamente no estudo de investigação acima mencionado. Solicitei todas as informações necessárias, pois o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.

Declaro que li, compreendi e que fiquei esclarecido (a) acerca de toda a informação que me foi fornecida. Tomei conhecimento do direito de recusa à participação no estudo e da possibilidade de, a qualquer momento, poder cessar a minha participação na investigação, sem que daí advinha qualquer tipo de prejuízo.

Fui também informado (a) de que será mantido o anonimato e a confidencialidade de toda a informação fornecida pelos participantes. Permito a utilização dos dados anónimos que, de uma forma voluntária forneço. Declaro ainda que, confio que estes dados serão apenas utilizados para fins académicos e de investigação e que as minhas respostas serão apenas alvo de tratamento estatístico neste estudo.

Assinatura do Participante

Data: ____/____/2024

APÊNDICE 13 – Consistência interna da EASAVIC Global

<i>Itens</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r/item total</i>	<i>α sem item</i>	<i>ω sem item</i>
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	4,91	0,96	,44	0,96	0,96
2. A distribuição de tarefas domésticas	4,52	1,04	,54	0,96	0,96
3. O modo como tomamos decisões	4,91	0,91	,70	0,96	0,96
4. A distribuição das responsabilidades	4,84	0,94	,63	0,96	0,96
5. O modo como passamos os tempos livres	4,34	1,11	,62	0,96	0,96
6. A quantidade de tempos livres	3,35	1,22	,56	0,96	0,96
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	4,52	1,16	,46	0,96	0,96
8. O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,75	1,13	,54	0,96	0,96
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	4,79	1,14	,49	0,96	0,96
10. A minha privacidade e autonomia	4,65	1,18	,57	0,96	0,96
11. A privacidade e autonomia do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,85	0,97	,61	0,96	0,96
12. A nossa relação com a minha profissão	4,61	1,09	,47	0,96	0,96
13. A nossa relação com a profissão do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,60	1,06	,54	0,96	0,96
14. A frequência com que conversamos	4,76	1,09	,72	0,96	0,96
15. O modo como conversamos	4,75	1,08	,72	0,96	0,96
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	4,76	1,13	,75	0,96	0,96
17. A frequência dos conflitos que temos	4,50	1,27	,61	0,96	0,96
18. O modo como resolvemos os conflitos	4,67	1,15	,73	0,96	0,96
19. O que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	5,59	0,70	,74	0,96	0,96
20. O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim	5,51	0,76	,72	0,96	0,96
21. O modo como expresso o que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	4,92	1,12	,60	0,96	0,96
22. O modo como o(a) meu(minha) companheiro(a) expressa o que sente por mim	4,86	1,11	,69	0,96	0,96
23. O desejo sexual que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	4,94	1,08	,58	0,96	0,96
24. O desejo sexual que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	4,83	1,28	,60	0,96	0,96
25. A frequência com que temos relações sexuais	3,76	1,25	,44	0,96	0,96
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	5,16	0,83	,62	0,96	0,96
27. O prazer que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente quando temos relações sexuais	5,01	1,01	,65	0,96	0,96
28. A qualidade das nossas relações sexuais	4,88	1,05	,68	0,96	0,96
29. O apoio emocional que dou ao(à) meu(minha) companheiro(a)	4,91	1,06	,68	0,96	0,96
30. O apoio emocional que o(a) meu(minha) companheiro(a) me dá	4,98	1,11	,70	0,96	0,96
31. A confiança que tenho no (na) meu(minha) companheiro(a)	5,58	0,70	,57	0,96	0,96
32. A confiança que o (a) meu(minha) companheiro(a) tem em mim	5,42	0,85	,65	0,96	0,96
33. A admiração que sinto pelo (a) meu(minha) companheiro(a)	5,50	0,75	,67	0,96	0,96
34. A admiração que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	5,32	0,87	,75	0,96	0,96

35. A partilha de interesses e atividades	4,80	1,11	,75	0,96	0,96
36. A atenção que dedico aos interesses do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,60	1,11	,72	0,96	0,96
37. A atenção que o(a) meu(minha) companheiro(a) dedica aos meus interesses	4,50	1,22	,77	0,96	0,96
38. Os nossos projetos para o futuro	5,12	0,95	,71	0,96	0,96
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	5,41	0,86	,75	0,96	0,96
40. As expectativas do(a) meu(minha) companheiro(a) quanto ao futuro da nossa relação	5,38	0,87	,76	0,96	0,96
41. O aspeto físico do(a) meu(minha) companheiro(a)	5,49	0,72	,61	0,96	0,96
42. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre o meu aspeto físico	5,16	0,95	,61	0,96	0,96
43. AS características e hábitos do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,94	0,98	,70	0,96	0,96
44. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre as minhas características e hábitos	4,82	1,05	,73	0,96	0,96
α total = 0,95		ω total = 0,96			

APÊNDICE 14 – Consistência interna da EASAVIC por Áreas da Vida Conjugal

Áreas	M	DP	r/item total	α sem item	ω sem item
• Intimidade Emocional					
19. O que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	5,59	0,70	,74	0,95	0,96
20. O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim	5,51	0,76	,71	0,95	0,96
29. O apoio emocional que dou ao(à) meu(minha) companheiro(a)	4,91	1,06	,71	0,95	0,96
30. O apoio emocional que o(a) meu(minha) companheiro(a) me dá	4,98	1,11	,75	0,95	0,96
31. A confiança que tenho no (na) meu(minha) companheiro(a)	5,58	0,70	,62	0,95	0,96
32. A confiança que o (a) meu(minha) companheiro(a) tem em mim	5,42	0,85	,70	0,95	0,96
33. A admiração que sinto pelo (a) meu(minha) companheiro(a)	5,50	0,75	,77	0,95	0,96
34. A admiração que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	5,32	0,87	,83	0,95	0,96
35. A partilha de interesses e atividades	4,80	1,11	,73	0,95	0,96
36. A atenção que dedico aos interesses do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,60	1,11	,74	0,95	0,96
37. A atenção que o(a) meu(minha) companheiro(a) dedica aos meus interesses	4,50	1,22	,75	0,95	0,96
38. Os nossos projetos para o futuro	5,12	0,95	,72	0,95	0,96
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	5,41	0,86	,83	0,95	0,96
40. As expectativas do(a) meu(minha) companheiro(a) quanto ao futuro da nossa relação	5,38	0,87	,86	0,95	0,96
41. O aspeto físico do(a) meu(minha) companheiro(a)	5,49	0,72	,70	0,95	0,96
42. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre o meu aspeto físico	5,16	0,95	,62	0,95	0,96
43. AS características e hábitos do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,94	0,98	,72	0,95	0,96
44. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre as minhas características e hábitos	4,82	1,05	,76	0,95	0,96
α total = 0,95		ω total = 0,96			
• Sexualidade					
23. O desejo sexual que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	4,94	1,08	,59	0,85	0,86
24. O desejo sexual que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	4,83	1,28	,61	0,85	0,86
25. A frequência com que temos relações sexuais	3,76	1,25	,59	0,86	0,86
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	5,16	0,83	,68	0,84	0,85
27. O prazer que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente quando temos relações sexuais	5,01	1,01	,77	0,82	0,83
28. A qualidade das nossas relações sexuais	4,88	1,05	,81	0,82	0,82
α total = 0,86		ω total = 0,87			
• Comunicação/Conflito					
14. A frequência com que conversamos	4,76	1,09	,79	0,89	0,89
15. O modo como conversamos	4,75	1,08	,86	0,89	0,89
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	4,76	1,13	,82	0,89	0,89

17. A frequência dos conflitos que temos	4,50	1,27	,67	0,91	0,91
18. O modo como resolvemos os conflitos	4,67	1,15	,81	0,89	0,89
21. O modo como expresso o que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	4,92	1,12	,57	0,92	0,92
22. O modo como o(a) meu(minha) companheiro(a) expressa o que sente por mim	4,86	1,11	,66	0,91	0,91
α total = 0,91		ω total = 0,92			
• Funções Familiares					
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	4,91	0,96	,55	0,79	0,80
2. A distribuição de tarefas domésticas	4,52	1,04	,63	0,76	0,77
3. O modo como tomamos decisões	4,91	0,91	,63	0,75	0,77
4. A distribuição das responsabilidades	4,84	0,94	,69	0,73	0,73
α total = 0,81		ω total = 0,81			
• Rede Social					
7.O modo como nos relacionamos com os amigos	4,52	1,16	,53	0,74	-
8. O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,75	1,13	,57	0,69	-
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	4,79	1,14	,66	0,58	-
α total = 0,75		ω total = 0,77			
• Autonomia					
10. A minha privacidade e autonomia	4,65	1,18	,66	0,75	0,76
11. A privacidade e autonomia do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,85	0,97	,77	0,71	0,71
12. A nossa relação com a minha profissão	4,61	1,09	,52	0,82	0,83
13. A nossa relação com a profissão do(a) meu(minha) companheiro(a)	4,60	1,06	,60	0,78	0,81
α total = 0,81		ω total = 0,81			
• Tempos Livres					
5. O modo como passamos os tempos livres	4,34	1,11	,52	-	-
6. A quantidade de tempos livres	3,35	1,22	,52	-	-
α total = 0,68					