



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Funcionalidade familiar na transição para a parentalidade

Adriana Filipa Dias Fernandes

Coimbra, maio de 2023



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Funcionalidade familiar na transição para a parentalidade: Relatório final de estágio

Adriana Filipa Dias Fernandes

Orientadora: Professora Cristina Veríssimo, Professora Adjunta, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Ana Paula Camarneiro, Professora Adjunta,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem
de Saúde Familiar.

Coimbra, maio de 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Cristina Veríssimo por toda a disponibilidade, apoio e orientação no desenrolar do meu percurso, e na concretização deste relatório.

À Enfermeira Cooperante da prática clínica, que foi “uma luz” sempre presente ao longo de todo este processo tenebroso.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar onde foi realizado o contexto clínico, que sempre se demonstrou disponível e uma grande ajuda nos dias mais difíceis.

À Professora Doutora Ana Paula Camarneiro pela disponibilidade e incentivo.

À Professora Doutora Margarida Silva, coordenadora do curso, por ter juntado todas as peças que eram precisas para criar este curso, e ter sempre uma palavra motivadora.

Às colegas de Mestrado, pelo partilha e companheirismo, em todo este processo – “Somos as melhores!”.

À Professora Natália Reis, por ter sido uma enorme ajuda, quando foi preciso.

E por último, mas não menos importante, à minha Família (nuclear, alargada, e de coração), por sempre me apoiarem e incentivarem, e nunca me deixarem desistir.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APGAR – *Adaptation Partnership Growth Affection Resolve*

ARS – Administração Regional de Saúde

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CBF – Cuidado Baseado nas Forças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EPDS – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

FACES II – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II*

IBM – *International Business Machines Corporation*

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MDAIF – Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar

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

SINUS – Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visitas Domiciliárias

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

RESUMO

Este Relatório reflete o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como objetivos: analisar e refletir acerca da aquisição de competências, comuns e específicas, durante o decorrer do estágio; e apresentar os resultados obtidos decorrentes da identificação de uma questão identificada na prática baseada na evidência. O primeiro capítulo descreve as atividades clínicas desenvolvidas, aos diversos níveis de cuidados, ao longo de dois estágios, numa USF. O segundo descreve a investigação realizada a partir da identificação de uma questão da prática clínica: avaliação da funcionalidade familiar na transição para a parentalidade.

A transição para a parentalidade é uma das fases que causa mais stress no ciclo de vida familiar, implicando alterações ao nível do bem-estar e da satisfação conjugal, repercutindo-se na funcionalidade familiar das famílias. Os enfermeiros de saúde familiar são elementos-chave neste processo.

Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 30 casais (60 indivíduos) em transição para a parentalidade, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e obstétrico, a Escala *Adaptation Partnership Growth Affection Resolve* (APGAR Familiar), a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

Os resultados indicaram que a maioria dos indivíduos (n=57; 95,0%) percecionou a sua família como altamente funcional; 3 (5,0%) percecionaram moderada disfunção familiar. Estes elementos pertenciam a famílias diferentes, o que corresponde a 3 famílias com moderada disfunção na escala de APGAR. Apresentaram risco de disfunção, 9 indivíduos. A funcionalidade familiar não estava relacionada com a idade, sexo, habilitações literárias, ou período obstétrico. Identificou-se correlação significativa e positiva entre a funcionalidade familiar e a satisfação conjugal, e correlação significativa e negativa entre a funcionalidade familiar e a probabilidade de depressão. Conclui-se que a funcionalidade familiar é sensível às variáveis satisfação conjugal e probabilidade de depressão. Assim, é necessário que os enfermeiros especialistas de saúde familiar identifiquem precocemente tais condições e implementem intervenções no âmbito da promoção da saúde e bem-estar das famílias em transição para a parentalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Transição desenvolvimental, parentalidade, funcionalidade familiar, relação marital, enfermagem familiar.

ABSTRACT

This Report reflects the trajectory of acquisition and development of competences of the Nurse Specialist in Community Nursing - Area of Family Health Nursing, having as objectives: to analyze and reflect on the acquisition of competences, common and specific, during or during the internship; and present the results obtained as a result of identifying a problem identified in evidence-based practice. The first chapter describes the clinical activities developed at the various levels of care, over two phases, in a USF. The second description of the investigation carried out from the identification of a question of clinical practice: assessment of family functionality in the transition to parenthood.

The transition to parenthood is one of the most stressful in the family life cycle, implying changes in terms of well-being and marital satisfaction, with repercussions on the families' family functionality. Family health nurses are key elements in this process.

A descriptive-exploratory, cross-sectional study was carried out with a quantitative approach. The sample consisted of 30 couples (60 individuals) in transition to parenthood, enrolled in a Family Health Unit. A sociodemographic and obstetric questionnaire, the Adaptation Partnership Growth Affection Resolve Scale (Family APGAR), the Satisfaction Assessment Scale in Areas of Marital Life (EASAVIC) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) were applied.

The results indicated that most individuals (n=57; 95,0%) perceived their family as highly functional; 3 (5,0%) perceived moderate family dysfunction. These elements belonged to different families, which corresponds to 3 families with moderate dysfunction in the Family APGAR scale. There were 9 individuals at risk of dysfunction. Family functionality was unrelated to age, gender, educational attainment, or obstetric period. A significant and positive correlation was identified between family functionality and marital satisfaction, and a significant and negative correlation between family functionality and the probability of depression. It is concluded that family functionality is sensitive to the variables marital satisfaction and probability of depression. Thus, it is necessary for family health specialist nurses to identify such conditions early and implement interventions in the context of promoting the health and well-being of families in transition to parenthood.

KEYWORDS: Developmental transition, parenting, family functionality, marital relationship, family nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caraterização demográfica do ficheiro da USF A (março 2023).....	26
Figura 2 - Gráfico representativo da pirâmide etária dos utentes da equipa (dezembro 2022)	28
Figura 3 - Top problemas da equipa (março 2022)	29
Figura 4 - Gráfico comparativo das dotações seguras e dotações reais	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos utentes da equipa por sexo e idades	28
Tabela 2 - Resultados dos indicadores de saúde da Enfermeira Cooperante (dezembro 2022)	30
Tabela 3 - Caracterização das famílias da equipa, por número de elementos.....	31
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	75
Tabela 5 - Caracterização psicológica/emocional e obstétrica dos participantes.....	76
Tabela 6 - Resultados globais da Escala APGAR Familiar de Smilkstein	78
Tabela 7 - Resultados descritivos da Escala APGAR Familiar de Smilkstein	79
Tabela 8 - Resultados da Escala EASAVIC a nível da satisfação conjugal global	80
Tabela 9 - Descrição dos resultados da Escala EASAVIC por áreas da vida conjugal	81
Tabela 10 - Resultados globais da Escala EPDS	82
Tabela 11 - Correlação da idade com a Funcionalidade Familiar	83
Tabela 12 - Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis sociodemográficas (sexo e habilitações literárias)	83
Tabela 13 - Resultados do teste de Teste <i>Kruskal-Wallis</i> para a Funcionalidade Familiar segundo a variável sociodemográfica estado civil.....	84
Tabela 14 - Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis obstétricas	84
Tabela 15 - Resultados do teste de Teste <i>Kruskal-Wallis</i> para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis obstétricas (semanas de gravidez e meses pós-parto)	85
Tabela 16 - Correlação entre a satisfação conjugal (global e por áreas da conjugalidade) e a funcionalidade familiar	85
Tabela 17 - Correlação entre o estado emocional (Escala EPDS) e a funcionalidade familiar.....	86

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I - ATIVIDADE CLÍNICA	23
1. CONTEXTO CLÍNICO	25
1.1. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR	26
1.1.1. Caraterização da equipa de saúde	27
1.1.1.1. Caraterização das famílias da equipa	31
2. ANÁLISE E REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	33
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	33
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	42
CAPÍTULO II - ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO	51
1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	53
2. METODOLOGIA	65
2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	65
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	65
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	66
2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	66
2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	67
2.6. PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS.....	71
2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	72
2.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	73
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	74
3.1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	74
3.1.1. Caraterização por família	76
3.2. FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR)	77
3.3. SATISFAÇÃO CONJUGAL (EASAVIC)	79
3.4. ESTADO EMOCIONAL (EPDS).....	82

3.5. FATORES RELACIONADOS COM A FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....	82
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
CONCLUSÃO	97
BIBLIOGRAFIA.....	101

ANEXOS

ANEXO I: Dados psicométricos da escala EASAVIC solicitados à autora, via email

ANEXO II: Autorização do Coordenador da USF A

ANEXO III: Autorização do Conselho Diretivo da ARS Centro

ANEXO IV: Autorização da autora da escala EASAVIC

APÊNDICES

APÊNDICE I: Guião de Acolhimento para os Assistentes Técnicos

APÊNDICE II: Guião de Consultas de Enfermagem de Saúde Familiar para os Enfermeiros

APÊNDICE III: Tradução do Guia do Utente da USF A para a língua inglesa

APÊNDICE IV: Tradução do Folheto de inscrição do utente na Consulta Aberta da USF A para a língua inglesa

APÊNDICE V: Formação acerca da proposta de documentação de Enfermagem de Saúde Familiar no programa SClinico (1º slide)

APÊNDICE VI: Panfleto no âmbito da promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar

APÊNDICE VII: Vídeo no âmbito da promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar

APÊNDICE VIII: Instrumento de recolha de dados

APÊNDICE IX: Cronograma do projeto de atividades de estágio

APÊNDICE X: Consentimento informado

APÊNDICE XI: Resultados da análise dos dados por família (Tabelas 1 a 30)

APÊNDICE XII: Proposta de protocolo de atuação com as famílias em transição para a parentalidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Preconiza-se que a elaboração do relatório final de estágio seja transversal aos dois momentos em contexto clínico – Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e Estágio com Relatório. Este consiste essencialmente na reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas ao longo do estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, e na elaboração de um estudo de investigação numa área pertinente para a enfermagem de saúde familiar, resultante das necessidades identificadas em contexto da prática clínica.

Como objetivos da componente do estágio com relatório foi estabelecido: desenvolver processos de prestação de cuidados especializados à família; avaliar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem de saúde familiar; enquadrar na prática clínica a evidência científica disponível; desenvolver competências de trabalho em equipas multidisciplinares; e identificar um problema clínico, passível de formulação de uma questão como fundamento para a realização de um estudo de investigação.

Neste sentido, este documento tem como base a análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), culminando com a apresentação do estudo desenvolvido resultante da identificação de um problema/questão da prática clínica.

A questão da prática clínica que foi trabalhada no estudo de investigação foi a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade, e quais os fatores que poderiam estar relacionados com essa funcionalidade. De acordo com Meleis (2010), ao longo da vida as pessoas passam por diversos processos de transição. Segundo Bomar (2004), a transição para a parentalidade tem sido identificada como a transição causadora de maior *stress* no ciclo de vida da pessoa, tanto para a mulher como para o homem. Isto pode traduzir-se em diversas alterações ao nível da saúde mental e da satisfação conjugal da família, repercutindo-se no nível funcional da mesma. Assim, é imperativo avaliar a funcionalidade das famílias nesta transição, utilizando a Escala

Adaptation Partnership Growth Affection Resolve (APGAR) familiar, como descrito no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2020), e já parametrizado no sistema informático de documentação de Enfermagem SClínico.

Segundo Mercer como referido por Vieira, Martins, Macedo e Guerra (2008), a transição para a parentalidade traduz-se em diversas alterações a nível físico, psicológico, familiar e social, sendo vivenciada em diversos níveis. Este estudo pretende ser de carácter inovador, ao avaliar os cuidados de saúde nesta transição de vida não só nas mães, mas em toda a família como um todo. Pretende também detetar possíveis alterações que possam existir na família como um todo. Compreender a forma como todos estes fatores se relacionam com a funcionalidade da família, poderá contribuir para intervenções mais eficazes e conseqüentemente levar as famílias a alcançar um maior bem-estar, e até a um desenvolvimento mais saudável da criança.

De acordo com Hanson (2005), a enfermagem de saúde familiar deve basear-se numa perspetiva sistémica, tendo por base os conceitos holísticos e o conhecimento das interações da família com todos os seus sistemas e subsistemas. É fulcral reconhecer a reciprocidade entre o funcionamento da família e os problemas de saúde de cada um dos seus elementos. O pensamento sistémico foi um dos principais alicerces utilizado no desenvolvimento deste relatório.

Tendo por base o atrás enunciado, este documento visa caracterizar de uma forma geral a USF onde foram realizados os dois períodos de estágio, identificando também as principais características da sua população; analisar e refletir acerca da aquisição de competências do EEESF, comuns e específicas, durante o decorrer do estágio; e apresentar os resultados obtidos decorrentes da identificação da questão/problema clínico identificado no processo da prática baseada na evidência, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, através da elaboração de um estudo de investigação.

Como metodologia, para a elaboração deste relatório, foram realizadas pesquisas nos websites oficiais da Direção Geral de Saúde (DGS), da Ordem dos Enfermeiros, e outros organismos nacionais e internacionais. Efetuou-se também pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas. Recorreu-se ainda à consulta e análise dos documentos oficiais e programas informáticos da USF para a caracterização da Unidade e população da USF, assim como das famílias participantes no estudo.

Como recursos, foi utilizada a literatura sobre a temática, os artigos presentes em bases de dados científicas, os programas utilizados na USF, tais como o SClínico, Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (SINUS). Recorreu-se também

ao programa *Microsoft Excel* para a análise estatística dos dados populacionais do primeiro capítulo, e ao programa informático IBM (*International Business Machines Corporation*) SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) *Statistics*, versão 24.0, para a análise estatística dos dados do estudo de investigação.

A USF onde decorreu o estágio será identificada como USF A ao longo do trabalho, e nas suas referências bibliográficas.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em dois capítulos: I – Atividade clínica; e II – Atividade de investigação.

O capítulo I subdivide-se em dois subcapítulos, no qual constam essencialmente dois pontos. O primeiro consiste numa descrição do contexto clínico/USF e equipa de saúde onde decorreu o estágio; o segundo comporta uma análise e reflexão acerca das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências comuns e específicas do EEESF.

Do capítulo II constam quatro subcapítulos. O primeiro apresenta a justificação e enquadramento do problema. O segundo expõe a metodologia, nomeadamente a questão de investigação, o tipo de estudo, os objetivos, a população e amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos de recolha de dados, e os procedimentos éticos e formais. A apresentação dos resultados consta do subcapítulo 3 e a discussão dos resultados do subcapítulo 4. Posteriormente apresenta-se a conclusão, que constitui uma reflexão sobre o percurso desenvolvido, apresentando também os principais resultados do estudo, limitações e proposta de intervenção/protocolo que pode vir a constituir suporte para ações futuras. Por último, é apresentada a bibliografia, anexos e apêndices.

CAPÍTULO I – ATIVIDADE CLÍNICA

1 - CONTEXTO CLÍNICO

O estágio clínico desenvolveu-se em dois momentos, na mesma USF da ARS do Centro. O primeiro momento, correspondente à Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar, decorreu entre 21 de abril e 8 de julho de 2022, num total de 176 horas, tendo sido 8 horas alocadas à tipologia seminário. O segundo, Estágio com Relatório, decorreu entre 26 de setembro de 2022 e 24 de fevereiro de 2023, num total de 552 horas, distribuídas da seguinte forma: 336 horas de contacto, 200 horas de trabalho de campo e 16 horas de seminário.

De acordo com o Manual de Acolhimento (USF A, 2021), a referida USF iniciou atividade há mais de 10 anos, tendo passado a Modelo B recentemente. Durante esse período sofreu uma reestruturação e expansão, passando a integrar mais extensões/Polos de Saúde. Atualmente, é constituída por três polos assistenciais, e a sua população divide-se entre o meio urbano e o meio rural. Esta USF tem autonomia técnica e funcional.

Segundo o Manual de Articulação (USF A, 2017a), a referida USF possui diversos recursos partilhados de forma a potenciar o funcionamento dos seus serviços. A nível informático, esta USF utiliza os programas SClínico, SINUS, MIM@UF, entre outros. Além dos serviços oferecidos na USF, os profissionais de saúde podem referenciar os seus utentes para outros serviços existentes no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) no qual estão integrados, tais como: Psicologia, Psiquiatria, Nutrição, Saúde Pública e Serviço Social.

De acordo com o Regulamento Interno (USF A, 2017b), a missão desta USF é a prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes e famílias inscritas, atuando de forma contínua e eficiente, de forma a promover a saúde e prevenir a doença, e elevar a qualidade dos cuidados. Esta pretende ser uma Unidade de referência, tanto a nível da qualidade técnica e científica dos cuidados, como a nível da satisfação dos utentes e profissionais que aí trabalham. Como visão, a equipa reconhece a importância do envolvimento do indivíduo e da sua família nos cuidados de saúde, e a saúde como um direito de todos os cidadãos. A carteira de serviços desta USF é a carteira básica de serviços, apresentada no anexo I da Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro. Os serviços prestados nesta USF são os seguintes: consulta aberta, consulta de intersubstituição, consulta programada e visita domiciliária.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Na Figura 1 é apresentada uma breve descrição da distribuição dos últimos dados publicados (março 2023), referentes aos utentes inscritos na USF onde decorreu o estágio, de acordo com o website Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) (Ministério da Saúde, 2023).

O número total de utentes inscritos na USF A correspondia a 11657, sendo que 5488 utentes eram do sexo masculino e 6169 do feminino. A pirâmide etária desta USF apresentava-se com uma base diminuta e uma maior concentração de utentes na faixa etária entre os 40 e os 65 anos de idade, sendo perceptível uma tendência para o envelhecimento da população (Figura 1).

Segundo o gráfico da Figura 1, dos utentes inscritos, 1817 eram crianças/jovens com idade igual ou inferior a 19 anos (15,6%); 1356 tinham 14 ou menos anos de idade (11,6%); 609 tinham 6 ou menos anos de idade (5,2%); e 74 tinham menos de 1 ano de idade (0,6%). Por outro lado, dos inscritos, 3093 eram idosos, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (26,5%). A população ativa, entre os 15 e 64 anos de idade, era constituída por 7208 pessoas (61,8% da população). É ainda de referir que as mulheres em período fértil, entre os 15 e os 49 anos de idade, correspondia a 2334 (20,0% da população total).



Figura 1 – Caracterização demográfica do ficheiro da USF A (março 2023)

Fonte: Ministério da Saúde (2023), disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>

Segundo o website BI CSP (Ministério da saúde, 2022a), o índice de dependência total resulta da relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. Assim, como se pode observar na Figura 1, o índice de dependência total da USF encontrava-se nos 61,72%, sendo que 18,81% eram jovens (com idade inferior a 15 anos), e 42,91% eram idosos (com idade superior a 65 anos).

De acordo com a mesma fonte, as Unidades Ponderadas refletem-se da seguinte forma: 1.5 multiplicado pelo número de crianças entre os 0 e 6 anos de idade, 1 multiplicado pelo número de inscritos dos 7 aos 64 anos de idade, 2 multiplicado pelo número de adultos entre os 65 e 74 anos de idade, e 2.5 multiplicado pelo número de adultos com idade superior a 75 anos de idade. Desta forma, a USF A tinha um total de 15837,5 Unidades Ponderadas, como se encontra descrito na Figura 1.

Por fim, segundo o Ministério da Saúde (2022e), no programa MIM@UF (P02.01.R05. Indicadores por enfermeiro de família, referente a abril 2022) as equipas de saúde familiar desta USF cuidavam, à data da pesquisa, de 5153 famílias.

1.1.1 – Caracterização da equipa de saúde

Dado que durante o período de estágio as atividades clínicas foram desenvolvidas sob a orientação de um dos enfermeiros (Enfermeiro Cooperante) da referida USF, apresenta-se de seguida a caracterização da sua equipa de saúde familiar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022c), no programa MIM@UF (P01.01.L01, março 2022), o ficheiro da equipa de saúde familiar supramencionado (constituído por um enfermeiro e um médico de família) apresentava 1760 utentes. Foi analisada a sua distribuição e as médias no Programa Excel (Tabela 1).

A pirâmide etária da equipa de saúde familiar mencionada apresentava uma maior concentração de utentes na faixa etária entre os 40 e os 65 anos de idade, sendo a média de idades dos utentes 42,3 anos. Constatou-se que esta equipa apresentava uma população de inscritos mais jovem que a população geral da USF A, pois era caracterizada por uma maior proporção de jovens, relativamente ao número de idosos.

Conforme a Tabela 1, do número total de utentes, 312 tinham menos de 18 anos de idade (17,7%), 256 tinham 14 ou menos anos (14,5%), 116 tinham 6 ou menos anos (6,6%), e 30 tinham menos de 1 ano de idade (1,7%). Enquanto 287 pessoas pertenciam ao grupo etário dos 65 e mais anos, ou seja, 16,3% eram idosos. Por outro lado, 23%

das mulheres (n=404) encontravam-se em período fértil. A população ativa foi contabilizada com 1217 elementos (69,1% da população total do ficheiro). Assim, o índice de dependência total desta população encontrava-se nos 44,6%, sendo que 21% eram jovens, e 23,6% idosos (Ministério da Saúde, 2022a).

Tabela 1 - Distribuição dos utentes da equipa por sexo e idades

Total de utentes inscritos	Sexo feminino	Sexo masculino	Idosos (≥65anos)	Crianças (<18anos)	Bebés (≤1anos)	Mulheres em idade fértil
1760	839	921	287	312	30	404
M (idades) = 42,3						

A Figura 2 apresenta a pirâmide etária com a distribuição da população supramencionada, com os dados mais recentes (dezembro 2022), publicados no website do BI CSP:

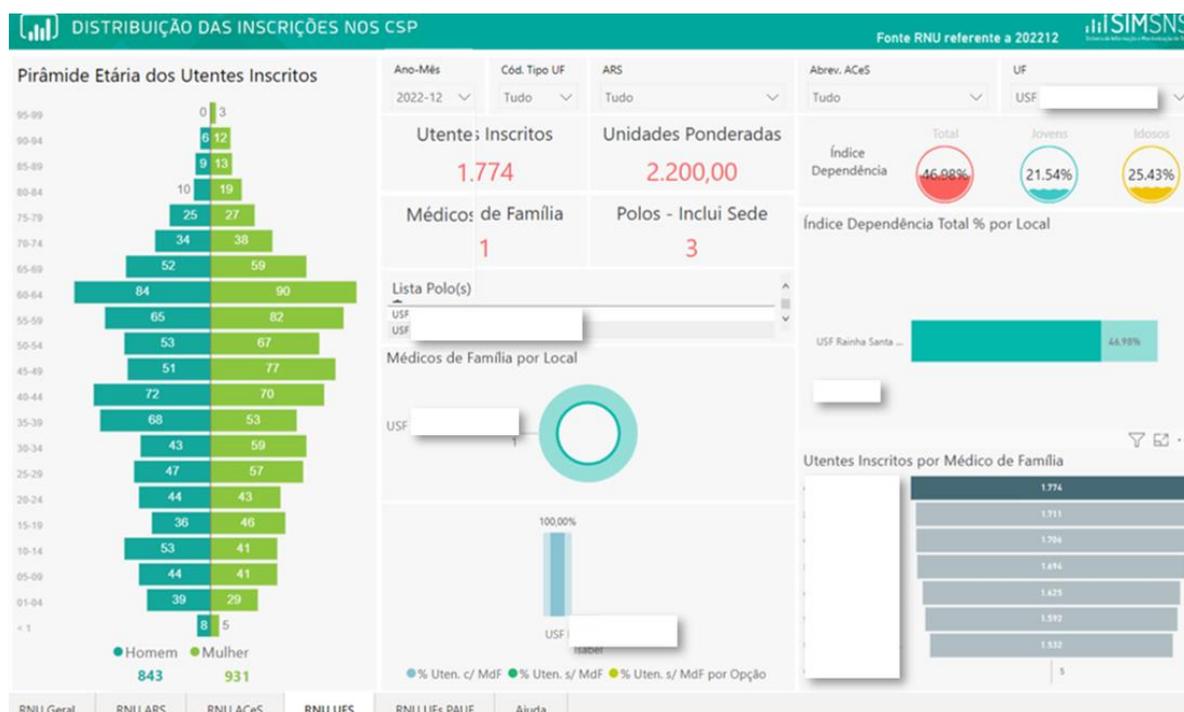


Figura 2 - Gráfico representativo da pirâmide etária dos utentes da equipa (dezembro 2022)

Fonte: Ministério da Saúde (2022d), in MIM@UF (P01.G01. Inscritos).

Segundo o mesmo programa, apresenta-se genericamente a lista dos 10 problemas mais comuns da população inscrita no ficheiro da equipa de saúde (Figura 3). Através da análise da Figura 3 verificou-se que os problemas que encabeçavam o topo da lista de problemas médicos diagnosticados foram as alterações do metabolismo dos lípidos e o excesso de peso. Constatou-se que também faziam parte do Top 10 Problemas, as perturbações depressivas.

P04.R06. Top Problemas > UF e Médico

Páginas:			
Mês: 2022-03			
Unidade Funcional / Polo Hospitalar: USF			
Médico Família:			
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	641	1
T83	EXCESSO DE PESO	469	2
F91	ERRO DE REFRAÇÃO	357	3
T82	OBESIDADE	318	4
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	295	5
W11	CONTRACEÇÃO ORAL	244	6
L84	SÍNDROMES DA COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DE DOR	243	7
P17	ABUSO DO TABACO	242	8
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	233	9
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	227	10

Figura 3 - Top problemas da equipa (março 2022)

Fonte: Ministério da Saúde (2022d, in MIM@UF referente a março de 2022 (P01.G01. Inscritos)

Após trabalhar os dados obtidos no MIM@UF, P02.01.R05. Indicadores por enfermeiro de família, referente a março de 2022 (Ministério da saúde, 2022e), foram identificados ainda os seguintes diagnósticos/problemas/necessidades: 298 pessoas com obesidade com idade igual ou superior a 14 anos de idade, 291 pessoas com hábitos tabágicos, 6 pessoas medicadas com hipocoagulantes, 129 pessoas com Diabetes Mellitus (dos quais, 57 com idade inferior a 65 anos), 363 pessoas com Hipertensão Arterial (dos quais, 176 tinham idade inferior a 65 anos), 15 pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, e 231 adultos com diagnóstico de Depressão.

De acordo com o mesmo programa (à data de 24 maio 2022), os utentes encontravam-se distribuídos por diversos programas de saúde. Destacam-se: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - Materna, Programa Nacional de Diabetes, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

– Hipertensão, e Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Rastreio Oncológico.

A Tabela 2 apresenta alguns dos indicadores da Enfermeira Cooperante de estágio, relativos ao mês de dezembro de 2022. Foram selecionados aqueles que se consideram mais pertinentes para a prática de enfermagem, espelhando o trabalho que esta equipa desenvolve. Acedeu-se ao aplicativo MIM@UF (P02.01.R05. Indicadores por enfermeiro de família, relativos a dezembro de 2022, Ministério da saúde, 2022e) para retirar os dados, e utilizou-se o site do BI CSP para trabalhar os scores.

A partir da análise da Tabela 2, pode verificar-se que os indicadores de enfermagem da equipa de saúde onde se integra a Enfermeira Cooperante (indicador por enfermeiro de família), se encontram quase todos atingidos, com score 1 ou 2, com exceção do Indicador “Proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida” (score=0). Este resultado pode explicar-se pelo facto de a população da equipa de saúde familiar, na qual foi desenvolvido o estágio, cuidar de uma proporção significativa de famílias que não habitam na área de abrangência da USF, o que impossibilita a deslocação em visita domiciliária. Pode ainda observar-se que os resultados de enfermagem desta equipa de saúde, em todos os indicadores à exceção do indicador já referido, se encontravam superiores aos resultados a nível nacional.

Tabela 2 - Resultados dos indicadores de enfermagem da equipa de saúde (dezembro 2022)

Código	Indicador	dezembro 2022	Score	Resultado Nacional
2013.009.01 FX	Taxa de utilização de consultas de enfermagem de Planeamento Familiar	52,7	1	32,0
2013.015.01 FL	Proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida	7,1	0	29,6
2013.019.01 FL	Proporção de hipertensos com avaliação da pressão arterial em cada semestre	70,9	1	52,8
2013.031.01 FL	Proporção de crianças com 7anos, com avaliação de peso e altura	100	2	67,6
2013.032.01 FL	Proporção de jovens com 14anos, com avaliação de peso e altura	66,7	1	45,7
2013.035.01 FL	Proporção de diabéticos com exame dos pés no último ano	85,9	1	73,1
2013.057.01 FL	Proporção de recém-nascidos com “teste do pezinho” (TSHPKU) até ao 6º dia de vida	93,3	1	84,5
2013.093.01 FL	Proporção crianças com 2 anos, com avaliação de peso e altura (1 ano)	100	2	95,4

1.1.1.1 – Caraterização das famílias da equipa

Segundo o Ministério da Saúde (2022b), no MIM@UF (P01.01.L01., março de 2022), o ficheiro da equipa de saúde familiar possuía 695 famílias. Contudo, é de ressaltar que os dados não são exatamente fidedignos, pois existiam várias famílias que não tinham o ficheiro atualizado, por opção pessoal ou por desconhecimento. Foi verificado durante a prática clínica que muitos agregados familiares se apresentavam informaticamente desatualizados (exemplo: famílias em processo de divórcio; famílias nucleares com filhos pequenos que se mantêm no agregado familiar das famílias de origem, por conveniência ou desconhecimento).

Tendo em conta o referenciado, as famílias do ficheiro da equipa de saúde familiar foram caracterizadas tendo em conta o número de elementos constituintes (Tabela 3). Esta informação foi retirada da lista de famílias por enfermeiro de família, gerada no programa informático SClínico. A distribuição e a média foram trabalhadas no Programa Excel.

Na Tabela 3 pode observar-se que das 695 famílias, as que apresentavam maior frequência foram as famílias constituídas por 3 a 4 elementos (n=301; 40,3%). As famílias com menor representatividade foram as famílias com 6 ou mais elementos (n=3; 0,4%). As famílias constituídas apenas por 1 elemento, alegadamente unipessoais, foram 176 (n=176; 25,3%). Nesta população, existiam em média, 2,5 elementos por família.

Tabela 3 - Caraterização das famílias da equipa, por número de elementos

Total de famílias	1 elemento	2 elementos	3-4 elementos	5 elementos	≥ 6 elementos
695	176	182	301	32	3

Média de elementos/família = 2,5

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014), nas USF, consideram-se como dotações seguras para um enfermeiro de família, um máximo de 1550 utentes, ou 350 famílias. Dado que o trabalho de enfermagem nestas Unidades é centrado nas famílias, desde a sua conceção até à morte, envolvendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção da doença, de reabilitação, de tratamento da doença e de âmbito paliativo, é muito importante que estas dotações sejam mantidas. Na equipa em questão, tendo em conta que a Enfermeira Cooperante cuida de 1760 utentes, ou seja, o correspondente a 695 famílias, isto quer dizer que a mesma cuida de mais 210 utentes (+12%) do que o preconizado, e de mais 345 famílias (+99%), praticamente o dobro do que o número recomendado. O gráfico seguinte apresenta a comparação entre as

dotações reais na equipa da Enfermeira Cooperante e as dotações seguras preconizadas (Figura 4):

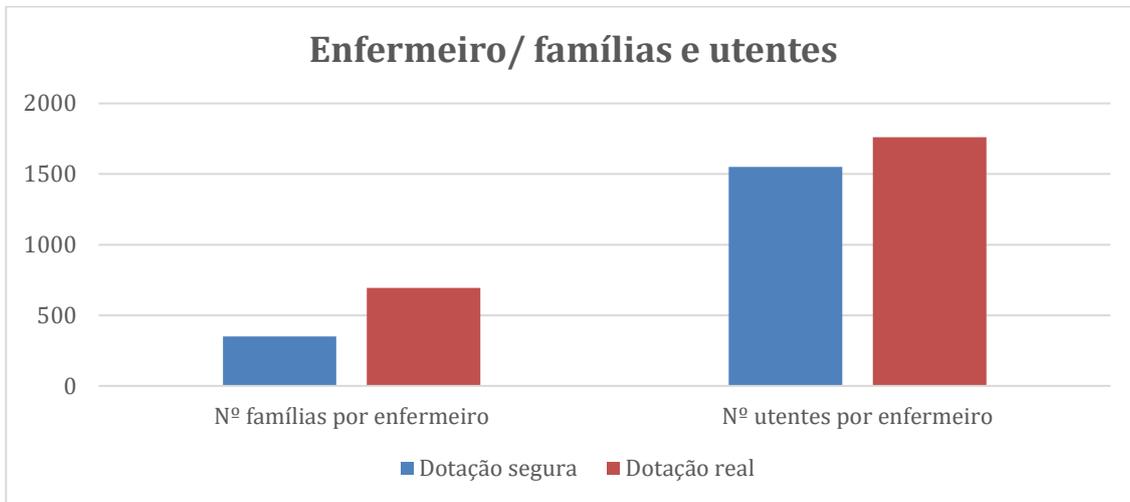


Figura 4 – Gráfico comparativo das dotações seguras e dotações reais

Decorrente da caracterização dos utentes e famílias do ficheiro houve oportunidade de identificar e intervir em famílias em várias fases do ciclo de vida familiar, e a vivenciar diversas transições: desde a transição desenvolvimental/situacional para a parentalidade, até à transição accidental saúde-doença, várias foram as tipologias de famílias e situações complexas trabalhadas ao longo do estágio clínico.

2 – ANÁLISE E REFLEXÃO ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo visa apresentar a reflexão acerca da aquisição de competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente as comuns e específicas do EEESF, relacionando-as com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a prática do EEESF deve ir ao encontro de diversos princípios ético-deontológicos. Deste modo, é fulcral que os Enfermeiros Especialistas desenvolvam diversas competências, comuns a todas as especialidades, de forma a otimizarem as suas respostas, e da equipa onde se inserem, a potenciais situações complexas/adversas, almejando a promoção da saúde da família, e uma melhoria contínua dos cuidados. Neste sentido, apresenta-se uma reflexão acerca da aquisição de cada uma das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Relativamente à competência A1 “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”, foram desenvolvidas diversas atividades em colaboração com a Enfermeira Cooperante, de forma a dar resposta a cada uma das unidades de competência - A1.1 “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, A1.2 “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” e A1.3 “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”. De entre as várias atividades destacam-se:

- Realização de consultas e visitas domiciliárias de enfermagem de saúde familiar ao longo do ciclo vital das famílias, tanto nas consultas individuais de saúde como nas consultas/entrevistas com as famílias, quando detetado algum problema familiar;
- Realização de consultas de enfermagem de saúde familiar, ao longo do ciclo vital das famílias, tanto ao indivíduo como à família;
- Seleção de quatro famílias, em etapas diferentes do ciclo vital, e a vivenciar diferentes transições, para realizar uma intervenção mais sistematizada – Família I, Família II, Família III e Família IV;
- Seleção das famílias envolvidas no estudo de investigação e nas atividades clínicas realizadas, de acordo com os princípios ético-deontológicos, incluindo o pedido de consentimento informado, apresentado no próximo capítulo;

- Colheita e análise de dados das famílias, para a intervenção clínica e para a realização do estudo, mantendo a confidencialidade e o sigilo profissional, através da codificação dos dados dos utentes, e mantendo os princípios éticos-deontológicos durante o manuseamento dos dados e as entrevistas realizadas;
- Participação no planeamento de propostas de documentação no âmbito da Enfermagem de saúde familiar com a Enfermeira Cooperante, que integra o grupo de trabalho do ACES da documentação clínica:
 - Discussão e elaboração de uma proposta de documentação, apresentada à equipa da USF, e a ser discutida no ACES, com as atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções específicas da enfermagem de saúde familiar, com base no modelo teórico da enfermagem de saúde familiar Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2020);
 - Análise e seleção das áreas de atenção e instrumentos de avaliação na área da enfermagem de saúde familiar mais relevantes para a prática, incorporando-se na proposta anterior, os seguintes: introdução das áreas/focos de atenção “Processo Familiar” e “Satisfação Conjugal”; introdução do instrumento Escala APGAR Familiar na avaliação do processo familiar.

Destacam-se as experiências das visitas domiciliárias, no âmbito da avaliação e intervenção familiar, como marcantes e gratificantes. O facto de as famílias receberem os enfermeiros na sua casa demonstra uma marcada relação de confiança e entrega aos cuidados, o que é enaltecido. A visita domiciliária à Família IV, com a participação das três idosas e de uma neta, revelou-se um ganho em saúde pelo facto de ter juntado todos os elementos da família num momento de partilha e reflexão. De acordo com Pinto (2017), o enfermeiro de família apresenta-se como um elo de ligação entre as famílias e os recursos da comunidade, atuando muitas vezes como coordenador de cuidados, com o intuito de promover a saúde da família, e a sua autonomia. A situação anteriormente descrita, demonstra isso mesmo.

A visita à Família II, num dos momentos mais frágeis e felizes da família (primeiros dias de vida do seu primeiro filho), revelou-se uma experiência bastante enriquecedora. Esta visita teve a particularidade de juntar a família alargada da família em transição para a parentalidade (ambos os avós da criança), o que se revelou como uma oportunidade de avaliar a dinâmica familiar com a família alargada, e a situação complexa desta família multicultural. Os avós maternos, apesar de não comunicarem na língua portuguesa, demonstraram-se bastante presentes nesta fase de transição do casal, tentando

comunicar com a restante família e com a equipa de saúde. Apesar de toda a situação complexa, o casal demonstrou total confiança na equipa de saúde, e uma enorme ânsia de informação. Segundo Pinto (2017), as famílias em transição para a parentalidade, recém pais, descrevem que os recursos comunitários, e os profissionais de saúde que aí trabalham, são um apoio importante no período do pós-parto imediato. Os mesmos reconhecem esse apoio no enfermeiro de família, como um prestador de cuidados.

Para dar resposta à competência A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, e às suas unidades de competência A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos” e A2.2 “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente”, foram realizadas as seguintes atividades:

- Capacitação dos profissionais de saúde da USF para o desenvolvimento de competências comunicacionais com famílias multiculturais, através da realização de duas formações:
 - Formação direcionada aos Assistentes Técnicos, com vocabulário/expressões básicas a utilizar no acolhimento e atendimento inicial aos utentes, e elaboração de um guião de atendimento básico (**Apêndice I**);
 - Formação direcionada aos Enfermeiros de Família, com vocabulário técnico e específico da enfermagem de saúde familiar, e guião a utilizar nas consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital das famílias (**Apêndice II**);
- Tradução do Guia do Utente (**Apêndice III**) e tradução do Folheto de inscrição do utente na Consulta Aberta (**Apêndice IV**) para a língua inglesa, de forma a assegurar o direito dos utentes à acessibilidade à informação acerca dos cuidados prestados na USF;
- Capacitação dos Enfermeiros da USF para o desenvolvimento de competências na área da documentação do processo de enfermagem (avaliação diagnóstica, diagnóstico e intervenções) no âmbito da saúde familiar, através da realização de uma formação sobre a proposta de documentação referida anteriormente, no programa SClínico (**Apêndice V**);
- Foi garantida a privacidade e a confidencialidade em todo o processo das consultas de enfermagem, tanto nas consultas de saúde individual como familiar, e no tratamento da informação colhida nas entrevistas e nos questionários aplicados às famílias selecionadas (codificando a sua identificação), como já foi mencionado;

- Assegurado o respeito pelos valores, costumes e crenças dos indivíduos e famílias, dos quais são exemplos:
 - Intervenção com uma família de origem africana/europeia cujas crenças e valores culturais divergentes entre elementos da família, estariam a interferir na satisfação conjugal e no processo familiar da família, com possíveis repercussões no desenvolvimento da filha menor;
 - Identificada uma família multicultural portuguesa/venezuelana, em transição para a parentalidade, que apresentava alterações ao nível do bem-estar e da satisfação conjugal (através da participação no estudo diagnóstico), apresentando sintomas de sobrecarga, desgaste emocional e *coping* não eficaz;
 - Intervenção com a Família II (portuguesa/italiana) relativamente à educação do seu filho recém-nascido, tendo em conta os diferentes costumes, hábitos e famílias de origem.

No que diz respeito à competência B1 - “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, e às suas unidades de competência B1.1 - “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” e B1.2 - “Orienta projetos institucionais na área da qualidade”, foram realizadas algumas atividades, como se passa a descrever:

- Conhecimento e síntese de informação pertinente do Plano de Ação, do Regulamento Interno, e do Relatório de Atividades da USF onde foi realizado o estágio;
- Análise do score dos indicadores de saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar, da equipa de saúde da USF, de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Participação em reuniões de equipa da USF (apresentação do Relatório de Atividades, formação sobre indicadores de saúde familiar, formações diversas no âmbito da promoção da melhoria contínua dos cuidados);
- Participação em reuniões da USF, disseminando na equipa o conhecimento especializado na área da enfermagem de saúde familiar, como formadora:
 - Formações sobre competências comunicacionais com famílias multiculturais para Enfermeiros e para Assistentes Técnicos;
 - Formação sobre documentação específica da enfermagem de saúde familiar no SClínico,

- Formação, em colaboração com a colega de mestrado, no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar das famílias ao longo do ciclo vital, através da apresentação de um panfleto (**Apêndice VI**) e de um vídeo (**Apêndice VII**), a divulgar aos utentes da USF, na sala de espera e nos meios de comunicação *Facebook*;
- Apresentação do estudo de investigação que viria a ser realizado na USF.
- Caracterização da população inscrita na USF, e dos utentes e famílias do ficheiro da Enfermeira Cooperante, de forma a melhorar o planeamento dos cuidados tendo em conta a sua população-alvo;
- Colaboração com a Enfermeira Cooperante na atualização dos processos familiares das famílias que foram contactadas no decorrer do estágio, de forma a prestar cuidados mais direcionados à fase do ciclo vital de cada família;
- Participação na discussão do Relatório de Atividades da USF A, em reunião de equipa e colaboração na realização de atividades na área da qualidade, respondendo a necessidades identificadas pelos profissionais de saúde. Sendo que uma das necessidades foi a dificuldade na prestação de cuidados a famílias multiculturais, por motivos do baixo desempenho linguístico em inglês, foram elaboradas as formações de língua inglesa mencionadas anteriormente.

A caracterização da USF e dos utentes/famílias da equipa de saúde numa fase inicial do percurso de estágio foi importante para compreender a dimensão do trabalho realizado nesta unidade, bem como o brio com que as equipas desempenham as suas funções (espelhado nos scores alcançados nos indicadores de saúde). O levantamento de listas de utentes para a caracterização da USF trouxe também benefícios para a melhoria contínua dos cuidados pois foi crucial para identificar os programas de saúde que estariam equivocadamente ativos.

Além disso, os contactos mais próximos efetuados com as famílias, através da participação no estudo e durante as consultas de saúde familiar, foi também útil para atualizar informação no processo individual e familiar dos utentes. Através da articulação com as Assistentes Técnicas e Médicos de Família conseguiu-se a criação/atualização dos processos familiares conjuntos (que só continham a mãe e o recém-nascido, ou os membros do casal que ainda se encontravam no processo familiar da família de origem), como foi o caso da Família I e II, e de diversas famílias que participaram no estudo desenvolvido.

Destaca-se uma das famílias participantes do estudo, a quem foi atualizado o processo familiar, dando a conhecer à equipa que além de existir uma nova família (na etapa família nuclear), a mãe da puérpera encontrava-se agora a viver sozinha, podendo vir a necessitar de outro tipo de cuidados da USF.

Relativamente à competência B2 - “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua”, realizaram-se várias atividades para dar resposta às unidades de competência B2.1 - “Avalia a qualidade das práticas”, B2.2 “Planeia programas de melhoria continua” e B2.3 - “Lidera programas de melhoria continua”, designadamente:

- Participação no planeamento de um programa de melhoria continua, através da identificação da oportunidade de melhoria (baixa competência linguística já mencionada), e seleção e implementação das estratégias com o intuito de melhorar os cuidados prestados;
- Elaboração de uma proposta de intervenção, no âmbito da melhoria continua dos cuidados, a propor à equipa de enfermagem da USF, suportada nos resultados obtidos no estudo de investigação com as famílias em transição para a parentalidade (apresentada no próximo capítulo);
- Planeamento, em colaboração com a Enfermeira Cooperante, de intervenções de melhoria continua no âmbito da documentação em Enfermagem de saúde familiar, como já foi referido;
- Elaboração de formação acerca da promoção da saúde e do bem-estar das famílias ao longo do seu ciclo vital, em parceria com a colega de mestrado, para fomentar os cuidados de enfermagem centrados na família como uma unidade.

Foi bastante enriquecedor compreender como funciona a gestão da equipa, dado que a Enfermeira Cooperante faz parte do Conselho Técnico da USF e também do grupo de trabalho do Programa SClinico do ACES. Segundo o regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (p. 4745): “Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (...) são as seguintes: a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).” Neste âmbito, foram desenvolvidas competências de gestão e melhoria continua da qualidade dos cuidados, de forma a desenvolver aprendizagens profissionais (pessoais e da equipa), através da participação como formadora nas situações supramencionadas. Algumas formações responderam a necessidades previamente identificadas pela equipa e sinalizadas no Relatório de Atividades da Unidade, o que foi bastante motivador.

A competência B3 - “Garante um ambiente terapêutico e seguro”, cujas unidades de competência são B3.1 - “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” e B3.2 - “Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”, foram espelhadas nas seguintes intervenções/atividades de estágio:

- Fomentada a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, através da formação dos profissionais de saúde em competências multiculturais.
- Envolvimento das famílias para assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (ex.: Família II, gestão da cultura italiana e portuguesa na educação de um recém-nascido; Família IV, gestão das necessidades espirituais em família idosa e com problemas de mobilidade);
- Promovido ambiente seguro e relação de empatia e confiança com famílias multiculturais, de forma a elaborar diagnósticos no âmbito da saúde familiar, que levaram a intervenções para a promoção do bem-estar da família, e gestão de situação complexa multicultural;
- Incrementada a adoção de medidas de segurança de dados e de registos, tanto na realização deste trabalho académico, como nos registos realizados no programa SClinico, mantendo sempre o sigilo da informação dos utentes.

Quanto à competência C1 - “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, com as unidades de competência C1.1 - “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e C1.2 - “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade”, foram desenvolvidas várias atividades que contribuíram para o seu desenvolvimento, das quais se salientam as seguintes:

- Colaboração nas decisões da equipa de saúde, de forma a facilitar a tomada de decisão, através da participação nas reuniões de equipa, discussão do Relatório de Atividades da USF, e das formações já referidas;
- Negociação com as famílias, e com a Enfermeira Cooperante, quando necessário encaminhamento para outros profissionais de saúde. Neste âmbito é de referir que várias famílias participantes no estudo foram encaminhadas, ou sugerido encaminhamento, para o médico de família e psicólogo, por apresentarem alterações a nível das escalas, especialmente quando apresentavam probabilidade de depressão na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). A Família I foi encaminhada para o curso de preparação para o parto na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) e a Família III foi encaminhada para a Médica de Família

para prolongar a baixa por assistência à família e para a USP (Unidade de Saúde Pública) a fim de solicitar o certificado multiusos por doença oncológica;

- Participação na integração de novos colegas na USF, tanto nas rotinas da equipa, como na realização de consultas e documentação no programa SClínico, especialmente no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

No que concerne à competência C2 - “Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, e às suas unidades de competências C2.1 - “Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2 - “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e indivíduos”, contribuíram para o seu desenvolvimento as seguintes atividades:

- Intervenção com famílias para informar acerca da legislação e políticas, nomeadamente: Família I direitos na gravidez; Família II direitos na parentalidade; Família III direitos em família com elemento com doença oncológica, e famílias participantes no estudo, informadas acerca dos direitos na gravidez e parentalidade;
- Intervenção com famílias do estudo de investigação para informar dos seus direitos, aquando da gravidez ou nascimento do primeiro filho, agilizando o procedimento para atualizar o processo familiar;
- Participação na integração e orientação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de ERASMUS, e da colega de mestrado, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática;
- Colaboração nos processos de inovação na USF: introduzidas inovações na prática através do fornecimento dos guiões na língua inglesa já mencionados, tendo em conta o paradigma multicultural atual; divulgação da proposta de documentação informática específica da enfermagem de saúde familiar à equipa da USF, tendo em conta as atuais diretrizes da enfermagem de saúde familiar;
- Elaboração de formação em colaboração com a colega de mestrado, como já referido, para fomentar o trabalho de equipa e os cuidados centrados na família.

A competência D1 - “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, e as suas unidades de competência D1.1 - “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e D1.2 - “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” desenvolveu-se no seguimento da concretização e reflexão sobre as seguintes atividades:

- Reconhecimento das limitações pessoais e profissionais aquando do trabalho com famílias complexas, trabalhando sempre em paralelo com a Enfermeira Cooperante de forma a rentabilizar todos os recursos disponíveis na USF;
- Reconhecimento das limitações profissionais do enfermeiro na intervenção com famílias com elevada probabilidade de depressão, identificadas no estudo de investigação, tendo-as encaminhada para outros profissionais de saúde da equipa (médico e psicólogo);
- Avaliação das quatro famílias selecionadas no primeiro estágio, e das famílias convidadas a participar no estudo, de acordo com as contingências das suas vidas pessoais, agilizando entrevistas de acordo com as suas disponibilidades, e com a disponibilidade da Enfermeira Cooperante, tendo em conta a pressão vivida no serviço devido ao elevado volume de trabalho diário.

Por fim, relativamente à competência D2 - “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, e às unidades de competência D2.1 - “Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho”, D2.2 - “Suporta a prática clínica em evidência científica”, D2.3 - “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”, contribuíram para o seu desenvolvimento as seguintes atividades:

- Conhecimento dos Programas Nacionais de Saúde em execução na USF, relacionados com o Plano Nacional de Saúde em vigor;
- Pesquisa de artigos e teses sobre técnicas de avaliação e intervenção familiar em bases de dados científicas, consulta de livros especializados na área da saúde familiar, consulta de legislação, regulamentos e Programas Nacionais de Saúde referentes à saúde familiar, de forma a suportar o trabalho realizado com as famílias;
- Pesquisa bibliográfica e científica em bases de dados científicas para a elaboração do enquadramento do estudo de investigação, e para realização do panfleto e vídeo no âmbito da promoção da saúde e bem-estar das famílias;
- Consulta de livros, exercícios áudio e de profissionais de referência na área do ensino da língua inglesa a profissionais de saúde para a formação de inglês, e ainda a tradução do Guia do utente e do folheto de Consulta aberta;
- Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho, através da elaboração das formações já referidas, e na integração/orientação das estudantes de licenciatura, de Erasmus e da colega de mestrado;

- Identificadas necessidades, gerido e aplicado o programa formativo, e fomentadas as competências e habilidades específicas da enfermagem de saúde familiar para obter ganhos em saúde;
- Aplicado questionário diagnóstico das formações realizadas.

2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Segundo o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o EEESF tem competências acrescidas que o habilitam para trabalhar com as famílias, em situação complexa ou de transição. Este Enfermeiro deverá posicionar-se como um elemento fundamental na garantia do acesso aos cuidados de prevenção e promoção da saúde neste âmbito. De seguida é apresentada uma síntese e análise das competências do EEESF, apresentando as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

A obtenção de competências do EEESF é um processo contínuo e permanente, não terminando aquando da aquisição do título de especialista. Neste sentido, considera-se que as várias oportunidades que surgiram ao longo do estágio e o contacto contínuo com as famílias, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, que promoveram e fortaleceram as competências que se pretendiam adquirir.

Relativamente à competência 1 - “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”, esta subdivide-se em diversas unidades de competência. Quanto à unidade de competência 1.1 – “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”, foram planeadas, implementadas e avaliadas várias intervenções que contribuíram para o seu desenvolvimento, salientando-se:

- Participação nas consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital das famílias, envolvendo a família como uma unidade (saúde infantojuvenil, planeamento familiar, saúde materna e consultas de vigilância de hipertensão arterial e diabetes mellitus).
- Participação nas visitas domiciliárias (VD) de enfermagem ao longo do ciclo vital das famílias, como por exemplo: VD ao recém-nascido e puérpera - Família II, e algumas famílias participantes no estudo de investigação; VD de carácter curativo e para avaliação de situação complexa de coabitação de idosas - Família IV. Foram

ainda realizadas outras VDs, com a Enfermeira Cooperante no âmbito da saúde do adulto;

- Desenvolvimento de uma relação de confiança e ajuda com as famílias ao longo do estágio, especialmente com as famílias participantes no estudo, e com as famílias que foram alvo de intervenção no primeiro estágio, incentivando o diálogo entre os membros da família;
- Elaboração de um plano de ação com os utentes e suas famílias, de acordo com as necessidades identificadas;
- Elaboração de uma proposta de protocolo de intervenção no âmbito do tema do estudo de investigação, como já referido.

Segundo Hanson (2005), a enfermagem de família está ainda a emergir, como uma ciência, mas também como uma arte. A saúde familiar pode ser definida como um estado dinâmico de bem-estar, tendo em conta os fatores psicológicos, biológicos, espirituais, culturais e sociais da família. Embora as famílias sejam cuidadas pelos enfermeiros há muitos anos, o EEESF deve cuidar a família como uma unidade de cuidados, e não “olhar” os seus elementos de forma individual. Portanto, o EEESF deve ter em consideração que a saúde de cada indivíduo afeta a função de toda família, assim como a função da família afeta a saúde de cada um dos indivíduos. Por este motivo, a avaliação da saúde familiar deve centrar-se na avaliação não só de cada um dos elementos, mas de todo o sistema familiar.

Neste sentido, o desenvolvimento da unidade de competência 1.2 - “Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”, considera-se fundamental para a adequada avaliação e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados às famílias. Durante o estágio foram proporcionadas diversas oportunidades para o desenvolvimento desta competência, designadamente:

- Realização de entrevistas informais às famílias convidadas a participar no estudo de investigação, e às famílias alvo de intervenção no primeiro estágio, identificando os processos de transição que vivenciavam e as situações complexas em que se encontravam;
- Recolha de dados no âmbito da avaliação inicial das famílias contactadas ao longo do estágio, especificamente as supramencionadas. Nestas famílias foi possível recolher informação sobre identificação do histórico familiar/hereditário, estrutura familiar e fatores de risco ambientais, recorrendo à aplicação de instrumentos de avaliação familiar, como por exemplo, através da elaboração de genogramas e ecomapas com as famílias;

- Identificação das crenças e culturas familiares e o seu impacto em futuras decisões. Por exemplo, como já foi referido anteriormente, na Família II (especialmente ao nível da educação do recém-nascido), e em diversas famílias multiculturais participantes no estudo de investigação. Neste âmbito, foi particularmente relevante o acompanhamento de uma família, que apresentava dificuldade em conciliar os diferentes valores e crenças familiares, atribuindo diferentes valores ao papel do homem e da mulher na educação da criança.
- Avaliação da capacidade das famílias se manterem unidas e funcionais, através da aplicação da escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) II e escala de APGAR Familiar às famílias I e II.
- Identificação das áreas de atenção comprometidas nas famílias, de acordo com o MDAIF, tendo por base a fase do ciclo vital em que se encontravam, e a visão sistémica do sistema familiar;
- Identificação de intervenções diagnósticas e áreas de atenção das famílias selecionadas, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, bem como aquelas diagnosticadas através da aplicação de escalas no estudo;
- Registo no Programa informático SClínico, no processo familiar (e individual), da avaliação inicial, das intervenções diagnósticas e das áreas de atenção identificadas nas famílias selecionadas, e em todas aquelas em que foi possível intervir durante o estágio, e ao longo do decurso do estudo de investigação.

As competências específicas do EEESF prendem-se essencialmente com a avaliação e intervenção na família como uma unidade de cuidados. Assim, foi bastante recompensador estabelecer uma relação de ajuda e confiança com as famílias e desenvolver intervenções, com ganhos em saúde para as famílias, especialmente nas que participaram no estudo. Estas mostraram-se bastantes colaborantes e dispostas a participar. Este fator permitiu o desenvolvimento de confiança e foi fulcral para o desenvolvimento das competências específicas preconizadas para o EEESF.

A preparação das entrevistas através das pesquisas de evidência científica e discussão dos casos com a Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora foi essencial para a estruturação das entrevistas e definição de intervenções de enfermagem, por forma a dar resposta às situações complexas e às transições desenvolvimentais e de saúde-doença que as famílias se encontravam a experienciar. Estas entrevistas também permitiram compreender melhor a utilização da aplicação do Modelo MDAIF e de vários instrumentos de avaliação familiar (como a FACES II, e as escalas utilizadas no estudo), bem como a estruturação de um plano de cuidados de Enfermagem dirigido à família.

Todas as aprendizagens relacionadas com o planeamento e execução do estudo de investigação, bem como a preparação, execução e análise das entrevistas às famílias, foram significativas para a aquisição de competências enquanto EEESF.

Por fim, foi ainda bastante enriquecedor as conquistas obtidas nas consultas de reavaliação das famílias trabalhadas ao longo do estágio, e no estudo de investigação, demonstrando alteração de alguns diagnósticos de enfermagem, e ganhos em saúde para as famílias. Particularmente uma das famílias participantes no estudo tomou a iniciativa de pedir para repetir o preenchimento das escalas, após o primeiro mês pós-parto, o que revelou uma alteração positiva nos diagnósticos de enfermagem, e reforçou a relação de confiança com os enfermeiros de família da USF. Este trabalho foi também importante para a USF pois permitiu a atualização da documentação no programa SClinico face à avaliação, diagnóstico e intervenções desenvolvidas com estas famílias, o que facilitará uma posterior continuidade dos cuidados prestados

Relativamente à unidade de competência 1.3 - “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e doença, em situações complexas”, ao longo do estágio houve oportunidade de participar em algumas atividades que concorreram para o desenvolvimento desta competência, destacam-se apenas as mais significativas:

- Participação nas consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital das famílias, sendo que a este nível foram identificadas e trabalhadas as mais diversas situações complexas;
- Análise do histórico familiar e das relações entre os seus membros, através da realização dos Genogramas das famílias acompanhadas.

A participação, e posterior autonomia, nas consultas e visitas domiciliárias permitiu desenvolver diversas competências da área da especialidade de enfermagem de saúde familiar. Isto foi possível contactando com famílias nas mais diversas transições e situações de saúde, tais como: transições desenvolvimentais normativas, transições saúde-doença (ex: diabetes na criança, suspeita/despiste de autismo em bebé, diagnóstico de doença oncológica, agravamento de doença venosa periférica em pessoa que desempenhava papel de provedor da família), transições acidentais, famílias multiculturais e de diferentes etnias, famílias com crianças vítimas de *Bullying*, famílias a vivenciar o processo de transformação de um elemento transgénero, famílias reestruturadas com recém-nascido, famílias em processo de separação, famílias emaranhadas e situação de coabitação de idosas, entre outras.

Considera-se que a unidade de competência 1.4 - “Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica” foi desenvolvida através das seguintes atividades:

- Conceção de um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, como as questões de avaliação familiar realizadas às famílias selecionadas em situação complexa, bem como a discussão de temas tão pessoais como a satisfação conjugal das famílias participantes no estudo;
- Conceção de um ambiente seguro, de confiança, de entreajuda, ao convidar as famílias a participar no estudo de investigação de modo a permitir que estas se abrissem com a equipa acerca das suas limitações e necessidades na fase de transição para a parentalidade;
- Análise da dinâmica familiar, em situações complexas, de transições desenvolvimentais ou acidentais e influência que estas têm nas famílias - intervenção com as famílias I, II, III e IV - bem como nas famílias que participaram no estudo de investigação. Nestas intervenções esteve sempre presente a utilização de um pensamento sistemático e crítico;
- Conceção de planos de cuidados de Enfermagem dirigidos às famílias alvo de intervenção (Família I, II, III e IV), através da parceria e negociação com todos os seus elementos para alcançar os resultados esperados;
- Elaboração de uma proposta de intervenção para as famílias na transição para a parentalidade, apresentada no próximo capítulo.

Segundo Alarcão (2006), a família pode ser definida como o local em que nascemos, crescemos e morremos, mesmo que ao longo desse percurso possamos inserir-nos em várias famílias. Por esta razão, a família constitui-se como uma instituição básica fundamental da vida social, onde aprendemos dimensões significativas da interação interpessoal (como a comunicação, a linguagem e as vivências afetivas profundas). Além disso, a família está também consecutivamente sujeita a pressões internas (relacionadas com o seu desenvolvimento) e externas (inerentes ao ambiente onde se inserem). Estas pressões impelem a mudanças no sistema familiar, de forma que a família evolua, mas não colocando em perigo a sua identidade. Posto isto, é fundamental que o Enfermeiro de Família perceba os indivíduos inseridos numa família numa perspetiva sistémica, trabalhando a família como um todo. Para compreender o funcionamento da família, e como esta interage com a saúde individual dos seus membros, é essencial possuir uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento, e compreender quais as transições que esta se encontra a vivenciar.

A unidade de competência 1.5 - “Intervém, de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”, foi sendo desenvolvida através da concretização das seguintes atividades:

- Promoção do diálogo e da participação de todos os elementos das famílias na procura de respostas em situação de transição complexa e desenvolvimental (através das entrevistas às famílias em que foram identificados problemas/necessidades no âmbito da saúde familiar);
- Promoção da reflexão das famílias participantes do estudo, acerca do seu processo de transição para a parentalidade, aquando do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, e discussão posterior dos resultados em conjunto;
- Elaboração de diagnósticos e subdiagnósticos de enfermagem de saúde familiar, de acordo com a informação obtida, tanto nas famílias identificadas ao longo do percurso de estágio, como no decorrer do estudo de investigação;
- Aplicação das intervenções de enfermagem mais adequadas às famílias identificadas, tanto na atividade clínica como no estudo de investigação, face à sua situação atual e fase do ciclo vital em que se encontravam, tendo por base os modelos de enfermagem de saúde familiar;
- Negociação com as famílias para marcação de consulta de reavaliação das intervenções delineadas - convocada família I para nova consulta de intervenção familiar, e agendado com as Família II e IV consultas de reavaliação oportunamente coincidentes com as próximas consultas do médico de família. Negociação com as famílias participantes no estudo de investigação, quando detetadas alterações, para agendamento de consulta de reavaliação clínica;
- Articulação com outros profissionais/equipas de saúde, para dar respostas às necessidades identificadas, como mencionado anteriormente (família I e III);
- No estudo de investigação, foram identificadas 7 pessoas com probabilidade de depressão, pertencentes a 6 famílias diferentes, sendo que 3 pessoas pretenderam ser referenciadas para o médico de família e psicólogo clínico. Também foram identificados 3 participantes que se apresentavam próximo do valor de probabilidade de depressão, estes foram incentivados a recorrer ao seu enfermeiro de família caso sentissem agravamento do estado, ou necessidade de apoio multidisciplinar;
- Utilização da investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar - utilização do Modelo MDAIF e escalas inerentes, em todas as famílias alvo de intervenção, e aplicação de técnicas de intervenção familiar quando oportuno;

- Registo no Programa informático SClinico, no processo familiar (e individual), dos diagnósticos de Enfermagem identificados, quer nas famílias participantes no estudo de investigação, quer nas famílias a quem foram prestados cuidados durante a prática clínica;
- Reagendamento, no programa SClinico, de novo contacto para reavaliar a situação familiar, tanto nos casos acompanhados em consulta individual, como nas situações detetadas após aplicação dos instrumentos de recolha de dados do estudo de investigação;
- Pesquisa e aplicação de evidência científica encontrada nas referências bibliográficas acerca das boas práticas de avaliação e intervenção com famílias, como por exemplo a utilização do Modelo MDAIF (Figueiredo, 2012) e a aplicação de escalas, como a FACES II, bem como a Escala de APGAR familiar, a Escala de Avaliação da Satisfação com a Vida Conjugal (EASAVIC) e a Escala EPDS;
- Análise de estratégias para lidar com emoções e conflitos em família (concretamente nas intervenções desenvolvidas com as famílias em contexto de consulta), discussão de casos identificados no estudo de investigação com a Enfermeira Cooperante e respetivas enfermeiras de família. Esta partilha foi também efetuada com outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, como o médico de família, quando necessária intervenção deste, por exemplo aquando da referenciação para psicólogo ou possível terapia familiar.

Para o desenvolvimento da unidade de competência 1.6 - “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”, concorreram atividades como:

- Identificação e análise da dinâmica e influência dos fatores externos ao indivíduo no seu estado de saúde atual, como a família e comunidade onde este se insere. Para tal foram elaborados ecomapas das famílias alvo de intervenção e foram aplicadas escalas como a EASAVIC (que avalia a interação com a rede) às famílias participantes no estudo;
- Monitorização das respostas das famílias às intervenções realizadas, e reavaliação/reajuste dos diagnósticos efetuados no contacto anterior, bem como dos participantes do estudo com os quais ainda houve oportunidade de reavaliação após aplicação das escalas (exemplo: uma família que apresentava alterações nas escalas do estudo pediu para realizar novamente os questionários de forma a autoavaliar-se);

- Registo no SClínico, no processo familiar (e individual, quando necessário) da reavaliação da situação familiar, da alteração ou término de diagnósticos da consulta anterior.

De forma a desenvolver a unidade de competência 1.7 “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”, foram realizadas as atividades: Reflexão e discussão com a Enfermeira Cooperante e Professoras Coordenadoras sobre os resultados esperados e alcançados nas famílias alvo de intervenção, e qual a efetividade destas interações;

- Colaboração com os Enfermeiros da USF na resolução de problemas mais complexos (como os já mencionados nas consultas), assim como a capacitação dos profissionais de saúde da USF para o desenvolvimento de competências específicas da enfermagem de saúde familiar, atividades já descritas;
- Difusão das competências comunicacionais, e das competências de elaboração do processo de enfermagem, e sua documentação, como já foi abordado;
- Elaboração formação no âmbito da promoção da saúde e bem-estar das famílias, como já referido, de forma a incentivar a prática de enfermagem centrada na família.

Por fim, relativamente à unidade de competência 1.8 “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”, o seu desenvolvimento decorreu da participação e envolvimento em várias atividades, das quais se apontam as seguintes:

- Reavaliação das intervenções realizadas às famílias alvo (quando possível foi reagendado segundo contacto), tanto em contexto de estágio como em contexto do estudo de investigação, avaliando quais os ganhos em saúde;
- Utilização do Modelo MDAIF, Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), Modelo do Cuidado Baseado nas Forças (CBF) e Teorias sistémicas no processo de planeamento e reavaliação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar;

A competência 2 - “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” subdivide-se também em diversas unidades de competência. Assim, para a aquisição da competência 2.1 - “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” surgiu a oportunidade de desenvolver as seguintes atividades:

- Promoção da colaboração interdisciplinar, referenciando as famílias para outros profissionais de saúde, tal como já mencionado anteriormente foram encaminhadas duas famílias com diferentes necessidades de cuidados por parte de outros

profissionais. Esta referenciação também ocorreu nas famílias que apresentaram alterações a nível de algumas das escalas do estudo. Nesta situação a referenciação ocorreu para o respetivo enfermeiro e médico de família, e posteriormente para o psicólogo clínico, nas situações em que as famílias expressavam essa vontade e concordavam com esse encaminhamento.

Para responder à unidade de competência 2.2 - “Gere o sistema de cuidados de saúde familiar aos diferentes níveis de prevenção” contribuíram para o seu desenvolvimento as seguintes atividades:

- Participação no planeamento de programas de saúde familiar, através da cooperação com a Enfermeira Cooperante, como já referido, na documentação no programa SClinico a nível da Enfermagem de Saúde Familiar;
- Atualização dos processos familiares no SClinico das famílias alvo de intervenção, tanto em consulta individual como em consulta de saúde familiar, de forma a melhorar a prática de enfermagem de saúde familiar na USF, concretamente as famílias I e II;
- Atualização de todos os processos familiares das famílias do estudo, como mencionado anteriormente.

Relativamente aos registos das avaliações e intervenções realizadas no âmbito da saúde familiar ainda há um longo percurso a percorrer. Pela mesma razão já mencionada, não sendo esta área contratualizada, o programa informático ainda não se encontra desenvolvido no sentido de dar resposta às necessidades de registos na área da enfermagem de saúde familiar, daí a importância da documentação de intervenções adequadas ao que é de facto realizado na prática. São apresentadas como sugestões as seguintes introduções no programa SClinico: Genograma, Ecomapa, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala EPDS, Escala EASAVIC e Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II), e integração do modelo MDAIF.

Por tudo isto, estas múltiplas experiências constituíram uma prática clínica muito enriquecedora, com diversos ganhos tanto a nível profissional como pessoal.

CAPÍTULO II – ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

1 – JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Após a análise da caracterização do ficheiro da equipa de saúde da USF onde foi realizado o estágio, sobressaiu o facto de ser um ficheiro bastante jovem, e com muitas famílias em idade fértil (como referido no capítulo anterior). Isto revela que, possivelmente, muitas destas famílias se encontrariam a vivenciar, ou a planear, a transição para a parentalidade. De acordo com Meleis (2010), a transição para a parentalidade é uma transição situacional, mas também normativa e desenvolvimental, em que os indivíduos têm de se desenvolver individualmente para desempenhar o papel parental.

Dado que durante as atividades clínicas do primeiro momento de estágio houve oportunidade de trabalhar várias famílias em transição para a parentalidade, isto permitiu que fosse estabelecida uma relação de confiança com estas famílias. Esse facto proporcionou que as mesmas revelassem diversas dificuldades e necessidades, especialmente a nível da dimensão de desenvolvimento e da dimensão de processo familiar. O contacto com estas famílias despertou o interesse por esta transição em específico, levantando a questão de qual seria o nível de funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade, e quais seriam os fatores relacionados com essa funcionalidade.

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) foi criado com o intuito de ajudar os profissionais de Enfermagem a avaliar e intervir eficazmente nas famílias. Este modelo encontra-se dividido nas seguintes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, que por sua vez se subdividem em várias subcategorias. No entanto, é fulcral que o enfermeiro compreenda quais as subcategorias mais relevantes para a sua prática, tendo em consideração a família com que está a trabalhar, e o momento específico que esta se encontra a vivenciar (Wright & Leahey, 2012).

De acordo com Figueiredo (2020), o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) emergiu das teorias construtivistas e dos princípios da terapia familiar, baseando-se no pensamento sistémico e no modelo MCAF. A matriz operativa deste modelo foi criada com o intuito de sistematizar e nortear as práticas da enfermagem de saúde familiar. A autora estabeleceu uma estrutura que permitiu a organização do pensamento da enfermagem, apresentando as etapas do processo de enfermagem, com as especificidades da enfermagem de saúde familiar.

A matriz do MDAIF segue a mesma estrutura do modelo MCAF: dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural avalia os seguintes aspectos: composição familiar, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente biológico. Na fase de transição para a parentalidade é pertinente compreender a importância da avaliação da dimensão estrutural da família, nomeadamente: se o casal tem apoio da família extensa ou de sistemas mais amplos, nesta fase de transição e adaptação, bem como se o edifício residencial tem condições básicas, e adaptadas, para receber o novo elemento da família (Figueiredo, 2020).

De acordo com a mesma autora, na dimensão de desenvolvimento, deve ser avaliada a etapa do ciclo vital em que a família se encontra e posteriormente quais as áreas/focos de atenção inerentes a essa etapa. A dimensão de desenvolvimento avalia: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. Contudo, a tomada de decisão do enfermeiro deve ter em conta a complexidade e especificidade de cada família, adaptando a sua intervenção à especificidade de cada situação. Para avaliar esta dimensão são realizadas algumas questões no âmbito de cada área supramencionada. Estas questões devem ser realizadas individualmente. Caso algum dos elementos do casal demonstre insatisfação em alguma das questões, devem explorar-se quais os motivos, numa conversa circular, com ambos os membros do casal.

No presente estudo optou-se por avaliar, na dimensão de desenvolvimento, a área de atenção satisfação conjugal. Sendo que na transição para a parentalidade por vezes ocorrem alterações a nível da satisfação conjugal, devido a todas as adaptações e transições de papel que o casal se encontra a vivenciar. Segundo Figueiredo (2020), para se avaliar o foco Satisfação Conjugal deve ter-se em conta quatro dimensões: relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual. Sendo que a relação dinâmica diz respeito à satisfação sobre a divisão de tarefas domésticas, o tempo que passam juntos e o modo como são expressos os sentimentos. A comunicação relaciona-se com a partilha de medos e expectativas, com a concordância quando existem opiniões díspares e com a satisfação com o padrão de comunicação. O domínio interação sexual refere-se à satisfação e conhecimento no âmbito da sexualidade. E a função sexual relaciona-se com a existência de disfunções sexuais. O diagnóstico de enfermagem que resultará desta avaliação, caso qualquer um dos domínios se encontre alterado, será Satisfação Conjugal Não Mantida.

De acordo com Figueiredo (2020), a nível da dimensão funcional, são avaliados os seguintes focos de atenção: papel de prestador de cuidados e processo familiar. Tendo

em conta a etapa do ciclo vital das famílias que participaram no estudo, nesta dimensão, a investigação realizada encontra-se mais direcionada para o foco de atenção Processo familiar, visto que foi aplicada a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. No processo familiar avaliam-se também quatro dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares e relação dinâmica. A comunicação familiar prende-se com a avaliação da comunicação emocional, comunicação verbal/não verbal e comunicação circular. O *coping* familiar relaciona-se com a capacidade de a família solucionar problemas em conjunto. A dimensão interação de papéis familiares tem a ver com a gestão dos vários papéis desempenhados na família (papel de provedor, papel de gestor financeiro, papel de cuidador doméstico, papel recreativo e papel de parente). Por sua vez, a relação dinâmica avalia a existência de diferentes níveis de influência e poder, as alianças/uniões. Nesta dimensão avalia-se também o nível de coesão e adaptabilidade (através da aplicação da escala FACES II), e o nível de funcionalidade da família (através da aplicação da escala APGAR Familiar). Se algum destes domínios se apresentar alterado, resultará o diagnóstico de enfermagem Processo Familiar Disfuncional.

Segundo Gottlieb (2016), o Modelo do Cuidado Baseado nas Forças (CBF) coloca a pessoa no centro dos cuidados, e define-a como um todo. Este modelo centra-se nas forças da pessoa ou família. Ou seja, naquilo que a pessoa faz de bem, e nos seus recursos para lidar de forma mais eficaz com os desafios e incertezas ao longo da vida. As forças de um indivíduo ou família são as suas qualidades, internas e externas. Não sendo o oposto de defeito, as forças são as competências e capacidades de cada um. As forças determinam a forma como a pessoa lida com situações complexas, como as transições ao longo do seu ciclo vital. Estas são essenciais para que a pessoa alcance a saúde e bem-estar.

De acordo com o mesmo autor, o enfermeiro de família deve reconhecer quais as forças das famílias com quem trabalha, de forma a poder apoiá-las nos momentos de maior crise/dificuldade, como nas transições ao longo do ciclo vital. Este Modelo defende que para uma prática eficaz, o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica com a família que cuida e realizar uma boa colheita de dados, contextualizando os seus problemas, e descobrindo quais são as forças de cada um.

Posto isto, foi importante ter em conta os princípios do Modelo CBF ao delinear o estudo de investigação. Durante o estudo procedeu-se a uma colheita de dados sociodemográficos, de forma a contextualizar possíveis disfunções familiares e as suas forças. Além disso, foi fulcral estabelecer uma relação terapêutica com as famílias

participantes no estudo, contribuindo para ajudá-las a passar esta transição para a parentalidade com mestria (Gottlieb, 2016; Meleis, 2010).

A Teoria Geral dos Sistemas refere que o sistema familiar é um sistema aberto, em que existe uma constante interação entre os seus elementos. Deste modo, os sistemas familiares são diferentes da soma das suas partes, pois apesar de serem organizados, têm fronteiras, hierarquias e relações entre si. A vivência de cada um dos elementos repercute-se em todos os outros. Por esta razão, a família deve ser olhada de uma forma global, em que o todo está presente em cada umas das partes. Por outro lado, deve compreender-se também que as dificuldades/necessidades de um membro da família vão ter impacto em todos os outros que a constituem, e vice-versa. Os processos de adaptação e transição vividos a nível micro (indivíduo) repercutem-se nos vividos a nível macro (família). Por tudo isto é importante que os enfermeiros de família olhem a vivência de cada elemento da família nesta perspetiva sistémica. É fulcral reconhecer esta reciprocidade para poder trabalhar os problemas identificados no seio familiar (Bertalanffy; Dias; Vasconcellos como referido por Figueiredo, 2020; Hanson, 2005).

Quando ocorre uma alteração no quotidiano familiar, como por exemplo o nascimento de um filho/adição de um novo elemento na família, existe uma reorganização dos sistemas e os elementos são agrupados em subsistemas, em diferentes níveis hierárquicos. O momento em que nasce o primeiro filho de um casal faz com que os seus elementos assumam novos papéis. O casal necessita de adquirir novas competências/tarefas inerentes ao subsistema parental, mantendo as competências/tarefas que já desempenhava enquanto subsistema conjugal. Esta transição exige que a aquisição de novas estratégias adaptativas de forma a originar a construção de novos padrões de vida, identidades e funções na família, de forma a desempenhar eficazmente o papel parental, em conjugação com os outros papéis que já desempenhavam (Relvas, 1996; Figueiredo, 2020). Todas estas transformações podem provocar alterações a nível da satisfação conjugal da família, e até mesmo a nível da funcionalidade familiar, pelo que é fulcral que o EEESF identifique estas alterações e as trabalhe com a família.

De acordo com Meleis (2010), ao longo da vida as famílias passam por diversos processos de transição. A Teoria das Transições revela que as transições são usualmente despoletadas por eventos relevantes, seja no indivíduo ou no ambiente. O início de uma transição dá-se a partir do momento em que as alterações são antecipadas (como o momento em que se sabe de uma gravidez). Contudo, esse processo de transição exige a mobilização de recursos pessoais. Implica que o indivíduo

adquira novos conhecimentos, altere o seu comportamento e se transforme. Pode classificar-se a transição para a parentalidade como uma transição situacional, em que existe o ganho de um papel, mantendo o papel anterior. Ou seja, esta transição exige que ambos os membros do casal se adaptem e aprendam a desempenhar o papel parental, mantendo o papel conjugal. Contudo, esta transição transformar-se-á também numa transição desenvolvimental após o nascimento do seu primeiro filho, pois os indivíduos terão de se desenvolver individualmente, de forma a passar a desempenhar o papel parental. Ou seja, esta é também uma transição normativa, que marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar. Para que a transição para a parentalidade seja bem-sucedida é exigido à família que adquira novos conhecimentos e transforme antigos comportamentos.

De acordo com Meleis (2010), uma transição saudável ocorre quando a pessoa se apresenta com uma identidade modificada, utiliza novas competências e comporta-se de forma condizente com o comportamento de pessoas que já tenham ultrapassado com mestria essa transição. O primeiro passo para que ocorra uma transição bem-sucedida é o reconhecimento e aceitação desta transição. Este processo denomina-se consciencialização, e está diretamente relacionado com a perceção, conhecimento e reconhecimento desse evento. Os enfermeiros de família acompanham a família ao longo das diversas fases do ciclo de vida das famílias, apresentando-se numa posição privilegiada para ajudar as famílias neste processo de transição. Estes profissionais de saúde podem ser elementos-chave no processo de consciencialização das famílias, e atuar como facilitadores no processo de aquisição de novas competências.

Segundo Hanson (2005), a enfermagem de saúde familiar foca-se na família como uma unidade de cuidados, promovendo a saúde e bem-estar da família, ao longo do ciclo vital. A prevenção de doenças e a promoção da saúde é um dos aspetos mais importantes da prática da enfermagem de saúde familiar. No âmbito da promoção da saúde da família e da promoção da sua saúde mental, o enfermeiro de família deve promover a comunicação circular, de forma que as dificuldades de cada um dos elementos sejam vividas em conjunto, e consigam ultrapassar com mestria esta transição. Segundo o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o EEESF tem competências que o habilitam para trabalhar com as famílias em situação complexa ou de transição, tendo como dever cuidar da família ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Assim, pode dizer-se que a transição para a parentalidade é uma área específica da atuação dos EEESF. Este fenómeno deve ser estudado por forma a melhorar os cuidados prestados a toda a

família, e conseqüentemente obter mais ganhos em saúde, extensíveis a toda a população.

É fulcral compreender as necessidades e dificuldades sentidas por cada um dos elementos da família nesta transição, pois estas refletem-se na forma como toda a família vivencia esse processo, traduzindo-se em possíveis complicações na satisfação conjugal e mesmo no desenvolvimento da criança. Logo, podemos dizer que estas práticas promovem a saúde de toda a família, não só neste momento de transição, como no futuro (Figueiredo, 2020).

Segundo Bomar (2004), os enfermeiros de família têm o dever de ensinar as famílias a aumentar a sua capacidade de promover a sua saúde familiar. A transição para a parentalidade tem sido identificada como a transição causadora de maior *stress* no ciclo de vida da pessoa, tanto para a mulher como para o homem. Isto pode traduzir-se em diversas alterações ao nível da sua saúde mental e da satisfação conjugal, repercutindo-se no nível funcional da família. Assim, é muito importante avaliar a funcionalidade das famílias nesta transição.

De acordo com o *International Council of Nurses* (2018), a CIPE, define a adaptação à parentalidade como um conjunto de comportamentos, ações e expectativas do futuro pai/mãe, criadas a partir do momento em que se sabe da gravidez. Estes compreendem o ajustamento à gravidez, as ações tomadas como preparação para ser pai/mãe, e a interiorização das expectativas da sociedade, amigos e família alargada acerca do desempenho deste papel. Segundo Mercer como referido por Vieira, Martins, Macedo e Guerra (2008), a transição para a parentalidade traduz-se em diversas alterações a nível físico, psicológico, familiar e social, sendo vivenciada em diversos níveis. Esta transição vivencia-se desde o momento que se sabe da gravidez (antecipação do papel), até ao primeiro ano após o nascimento da criança.

Segundo Harrison e Dignan (1999), o período pré-natal é essencial no desenvolvimento da relação pais-bebé, contudo é dos períodos mais instáveis emocionalmente, pois exige uma grande capacidade de adaptação. Logo, este período é bastante propício ao surgimento de doenças mentais. Este é um momento em que se podem detetar precocemente doenças do foro mental, como o risco de desenvolvimento de Depressão (tanto na mãe como no pai/cônjuge). Os EEESF devem estar atentos a estes processos de transição e adaptação, de modo a intervir precocemente. Promovendo a saúde dos pais nesta transição, promove-se a saúde de toda a família. Pois, de acordo com o pensamento sistémico, os problemas de saúde dos pais repercutem-se noutros elementos da família, como o bebé. Apoiando os pais neste

processo, os enfermeiros estarão a ajudá-los a alcançar o bem-estar subjetivo consigo próprio e na relação com os outros, fazendo com que as suas relações familiares sejam mais satisfatórias (ex.: satisfação conjugal). Este estudo pretende demonstrar a repercussão destas alterações a nível da funcionalidade e saúde mental dos pais nesta fase de transição. Nesse âmbito, este estudo pretende ser inovador, pois tanto nos estudos teóricos como na prática clínica, os cuidados de adaptação à parentalidade são ainda muito focados na mulher, e esta investigação é dirigida à família como uma unidade (avaliando homem e mulher).

De acordo com o Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS, 2005), a promoção da saúde mental é essencial para uma sociedade saudável. A promoção da saúde mental dos indivíduos e famílias favorece a adaptação a novas situações (como as transições ao longo do ciclo vital), e resulta em relações interpessoais mais significativas (melhorando a satisfação conjugal). Intervir nesta área contribui para ter pessoas e famílias mais produtivas, o que resulta numa sociedade mais equilibrada.

O período de gravidez é um dos períodos mais vulneráveis na vida de uma família, tanto para a mulher como para o homem. Esta vulnerabilidade traduz-se em diversas alterações, a nível físico e psicológico, podendo resultar em situações mais graves como a depressão. Como foi referido, o processo de transição da família inicia-se a partir do momento em que esta sabe que está grávida. Contudo, o processo de transição e adaptação continua após o nascimento da criança: o novo elemento da família irá reorganizar o funcionamento da família, questionando a sua verdadeira funcionalidade familiar (DGS, 2005; 2015).

Relativamente à funcionalidade familiar, segundo Castilla, Caycho, Shimabukuro e Valdivia (2014), nas últimas décadas, a funcionalidade familiar tem sido alvo de interesse das ciências da saúde. Isto deve-se, em parte, à tónica dos cuidados de saúde familiar terem passado para a promoção da saúde, enquanto anteriormente apenas se focavam nas fraquezas e disfuncionalidades da família. Segundo Gonzales como referido por Castilla, Caycho, Shimabukuro e Valdivia (2014), as famílias consideradas funcionais apresentam as seguintes características: comunicação clara e objetiva, autonomia dos seus membros, definição clara de papéis, coesão e solidariedade, e facilidade em resolver os seus problemas familiares. De forma a avaliar todos estes parâmetros, aplicou-se no estudo de investigação a Escala de APGAR Familiar de Smilkinstein, pois este instrumento é confiável e encontra-se adaptado ao contexto nacional, tendo já sido aplicado em numerosas investigações.

O estudo de Cuba e Espinoza (2014) refere que os instrumentos que permitem identificar se as famílias conseguem cumprir as suas funções básicas, são indispensáveis à prática clínica dos cuidados de saúde primários. Este tipo de instrumentos pode ser muito relevante na prática clínica pois revela objetivamente problemas familiares que, de outra forma, os indivíduos se sentiriam constrangidos a partilhar com o profissional de saúde. A escala de APGAR Familiar de Smilkinstein tem-se revelado de fácil utilização e utilidade, tendo já sido aplicada em diversos estudos de investigação no âmbito das ciências sociais.

De acordo com Smilkinstein (1978), esta escala avalia de que forma cada elemento da família percebe a funcionalidade da sua família, de forma global. Através da utilização deste instrumento é possível identificar disfunções familiares e conflitos no seio familiar, que estão a prejudicar a saúde e bem-estar de toda a família, e dar-lhes a orientação mais adequada. O autor recomenda a utilização da referida escala pelos profissionais de saúde de forma a despistar não só alterações a nível da funcionalidade familiar, como também outros problemas específicos da saúde familiar que podem estar relacionados com esta dimensão. Smilkinstein refere ainda que a utilização da escala de APGAR Familiar pode ser um valioso aliado na identificação de situações em que a disfuncionalidade familiar se repercute na saúde familiar e individual.

Por tudo o que foi descrito, e dado que a escala de APGAR Familiar de Smilkinstein se encontra parametrizada no programa de informação SClinico no respetivo campo de avaliação familiar, bem como está recomendado o seu uso no MDAIF, optou-se por centrar este estudo de investigação com as famílias em transição para a parentalidade, na avaliação da sua funcionalidade familiar, através da aplicação da Escala de APGAR Familiar.

Tendo em conta todas as adaptações e reajustamentos que as famílias em transição para a parentalidade vivenciam nesse período, outros fatores podem encontrar-se relacionados com a alteração da funcionalidade familiar nessa transição. Posto isto, e porque segundo a literatura já descrita, a satisfação conjugal pode também encontrar-se comprometida nesta fase do ciclo vital das famílias, e faz também parte da avaliação específica da enfermagem de saúde familiar no MDAIF, optou-se por avaliar a satisfação conjugal.

De acordo com Narciso e Costa (1996, p.115), a satisfação conjugal está relacionada com as “semelhanças e diferenças, proximidades e distâncias, complementaridades e simetrias”. Segundo Thompson como referido por Narciso e Costa (1996), a satisfação conjugal pode definir-se como a avaliação individual e subjetiva daquilo que a

conjugalidade representa para um determinado indivíduo, relativamente ao funcionamento conjugal e ao amor. As mesmas autoras referem que a satisfação conjugal tem sido apontada como uma área difícil de ser estudada, dada a sua subjetividade inerente.

Podemos dizer que, em parte, a escala EASAVIC desenvolvida por estas autoras responde ao que é sugerido avaliar no Modelo MDAIF, relativamente à satisfação conjugal.

O Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS, 2005), refere que o período de transição para a parentalidade é um período de grande risco para a saúde mental, não só para os recém pais como também para o bebé. Esta é uma fase de transformações profundas para toda a família, nuclear e alargada, com impacto a nível emocional, relacional, económico e social. A gravidez e os primeiros tempos de vida da criança apresentam-se também como um período crítico no desenvolvimento futuro da criança, em que esta se encontra extremamente vulnerável. Este período pauta-se por um crescimento muito acelerado, em que as vivências físicas e emocionais do feto/bebé se repercutem na sua saúde mental ao longo de toda a vida. Por esse motivo, é fulcral o diagnóstico e intervenção precoce. É de extrema importância que os profissionais de saúde que trabalham com as famílias em transição para a parentalidade, como sejam os enfermeiros de família, invistam na aquisição de conhecimentos relacionados com a saúde no período de gravidez e na primeira infância. Desta forma, os EEESF podem detetar precocemente situações complexas e serem promotores de comportamentos protetores da saúde mental de toda a família.

Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* como referido por DGS (2015), os números apontam para este período como propício ao surgimento de afeções a nível da saúde mental, como a depressão. Os dados revelam que cerca de 10% a 15% das mulheres apresentam depressão durante o período de gravidez. Quando a depressão surge neste período e não há uma deteção precoce, o risco de a depressão persistir e agravar é elevado. Aponta-se que o diagnóstico de depressão é mais frequente no 1º e 3º trimestres de gravidez. A depressão no período pós-parto apresenta-se com uma prevalência mais elevada do que a depressão na gravidez. Este período do ciclo vital considera-se como aquele do ciclo vital em que a mulher se encontra mais propensa a perturbações a nível da saúde mental. É de referir que se existiram outros fatores de risco, como por exemplo antecedentes de doenças do foro psicológico/emocional, a prevalência da doença aumenta substancialmente. Estas

perturbações podem surgir até ao fim do primeiro ano de vida da criança, razão pela qual se optou por abranger famílias até 1 ano pós-parto. Contudo, os casos mais frequentes ocorrem a partir das 6 semanas pós-parto.

De acordo com o Instituto supramencionado (*National Institute for Health and Care Excellence*), o blues pós-parto é uma perturbação emocional que se desenvolve habitualmente nas quatro semanas após o parto. Esta perturbação afeta uma grande parte das mulheres (prevalência de 40 a 60%), e é caracterizado por tristeza, choro frequente e disforia, mas geralmente desaparece de forma espontânea. Para detetar situações de risco é fundamental que se esteja atento a fatores como alterações do sono, alterações a nível do apetite, falta de energia e fadiga constante. A DGS, no mesmo documento, sugere a aplicação da Escala EPDS, referindo ser um instrumento muito útil para diagnosticar precocemente estas situações.

Não só a mãe, mas também o pai, passam a desempenhar um novo papel, o que acarreta várias responsabilidades. Por este motivo, muitas vezes também o pai da criança sofre com insegurança, medo e inquietação aquando deste processo de transição. Outro fator importante a ter em conta neste período de transição são os antecedentes familiares, psiquiátricos e obstétricos. Experiências complexas anteriores poderão dificultar o processo de adaptação à transição atual (DGS, 2015; 2005).

De acordo com Brites (2016), a transição para a parentalidade é também um evento psicologicamente stressante para o pai, podendo transformar-se em depressão pós-parto paterna. Ainda que este diagnóstico não seja reconhecido formalmente pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, os pais deprimidos tendem a apresentar os mesmos sintomas que as mães deprimidas: irritabilidade, agressividade, impulsividade e abuso de substâncias. Este tipo de depressão tem um impacto significativo na saúde familiar, tanto a nível da relação com o cônjuge, como a nível da interação com a filho, com efeitos negativos no desenvolvimento da criança.

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) refere ainda a importância da avaliação das necessidades psicológicas, emocionais e físicas dos homens na sua adaptação à paternidade. Este documento refere inclusivamente que alguns homens, após a paternidade, sofrem algum *stress* psicológico e emocional, que pode traduzir-se também a nível da sexualidade.

Para a depressão pós-parto materna, são sugeridas as seguintes intervenções: avaliação e diagnóstico precoce do risco (pré-parto), prevenção através da aplicação de escalas de rastreio e encaminhamento precoce, prevenção de complicações no bebé

com intervenção terapêutica precoce na mãe e, por último, intervenção farmacológica (DGS, 2015; 2005).

Este trabalho pretende ser um contributo para demonstrar a importância da incorporação dessa avaliação paterna, através da aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), embora estas escalas ainda não sejam aplicadas em contexto da prática clínica a homens/pais e não estejam inseridas no programa SClínico. Este projeto pretende avaliar os cuidados de saúde nesta transição de vida não só nas mães, mas em toda a família que se encontra a viver este processo de transição (neste caso também no pai/cônjuge). Compreender a forma como todos estes fatores se relacionam com a funcionalidade da família, poderá contribuir para intervenções mais eficazes e consequentemente levar as famílias a alcançar um maior bem-estar.

De forma a identificar outros fatores que possam interferir na funcionalidade familiar, e tendo por base todos os riscos a nível da saúde mental associados a esta transição desenvolvimental, optou-se por avaliar o estado emocional das famílias em transição para a parentalidade, através da escala EPDS, dado que o seu uso é também recomendado pela DGS, nesta fase do ciclo vital.

De acordo com Malloy-Diniz, Schlottfeldt, Figueira e Corrêa (2010), o período de gravidez e pós-parto são identificados como períodos de elevado risco de desenvolvimento de patologias do foro psicológico. O estudo dos autores supracitados revelou que a aplicação da escala EPDS apresentava uma excelente capacidade de detetar quais as mulheres com depressão pós-parto. Segundo Santos et al. (2007), a escala EPDS tem sido amplamente utilizada pelos profissionais de saúde em estudos realizados na comunidade, especialmente para despiste de situações de depressão pós-parto. A EPDS tem sido validada e utilizada em diferentes países, sendo a escala mais utilizada a nível mundialmente para o despiste de casos de depressão pós-parto. É referido ainda que a utilização deste instrumento é muito pertinente na fase de início dos primeiros sintomas de depressão, podendo agir com carácter prevenção, e de promoção da saúde mental da família. Cuidando da família como uma unidade, promove-se a saúde de todos os elementos.

Como já foi dito anteriormente, a média de idades dos utentes da USF era de 42,3 anos, o que revela uma população relativamente jovem. Além disso, identificou-se que 1,7% desses utentes apresentavam menos de 1 ano de idade (n=30), e 23% das mulheres do ficheiro encontravam-se em período fértil (n=404), o que remetia para a probabilidade de existir um elevado número de famílias em transição para a parentalidade.

Adicionalmente, após o trabalho realizado com as famílias no primeiro estágio, foi identificado empiricamente que algumas famílias em transição para a parentalidade demonstravam alterações a nível da funcionalidade familiar, recorrendo às equipas de saúde familiar para apoio. Por outro lado, também a pesquisa bibliográfica aponta para a importância da intervenção na problemática escolhida. Assim, identificou-se a avaliação da funcionalidade familiar na transição para a parentalidade como uma necessidade da prática clínica, visando contribuir para a intervenção dos enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde familiar nesta fase de vida das famílias.

A transição para a parentalidade é uma área acerca da qual já existem alguns estudos, contudo, raros são os estudos que definem o fenómeno como a funcionalidade familiar nesta transição, ou a família no seu todo como população alvo.

2 – METODOLOGIA

O presente capítulo descreve as opções metodológicas adotadas que determinam o desenvolvimento deste estudo. Apresenta-se a descrição do tipo de estudo realizado, população alvo e amostra, instrumentos e procedimentos utilizados para a recolha de dados, procedimentos formais e éticos efetuados, e por fim, o tratamento estatístico dos dados.

2.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

De acordo com Fortin (1999), nos tipos de estudos descritivo-correlacionais apenas são formuladas questões de investigação, e não hipóteses, pois apenas são examinadas as relações entre as variáveis.

A análise da população integrante na USF em que foi realizado o estágio com relatório, e mais especificamente, a caracterização e análise da população de utentes do ficheiro da Enfermeira Cooperante, foi o ponto de partida para a identificação da questão/problema clínico. Deste modo, foram formuladas as seguintes questões de investigação: “Qual o nível de funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade?” e “Quais os fatores relacionados com o nível de funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade?”.

Tendo em consideração o quadro teórico, o presente estudo tem como objetivos: avaliar a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade, e identificar fatores sociodemográficos, obstétricos, satisfação conjugal e estado emocional relacionados com a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade.

2.2 – TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenhado como sendo do tipo descritivo-correlacional, transversal, com abordagem quantitativa.

Segundo Fortin (1999), os estudos descritivos pretendem obter mais informação sobre os fenómenos que ainda são poucos estudados na investigação, bem como as características de uma determinada população. Estes tipos de estudos têm como objetivo explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, de forma a compreender as que estão relacionadas com um determinado fenómeno.

Como tal, no presente estudo procurou-se conhecer e descrever a funcionalidade familiar nas famílias em transição para a parentalidade, assim como analisar alguns fatores que estão relacionados com esta dimensão.

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população que integrou o estudo foram as famílias em transição para a parentalidade, inscritas na USF onde foi realizado o contexto clínico. De forma a facilitar o processo de recolha de dados optou-se por uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, pretendendo abranger todas as famílias em transição para a parentalidade inscritas na USF onde foi realizado o estágio com relatório.

Para identificar o número total de famílias elegíveis para o estudo, a Enfermeira Cooperante acedeu às seguintes listas de utentes do programa SClinico: lista de utentes com o Programa de Saúde Materna associado (mulheres com diagnóstico de gravidez); e lista de utentes com o Programa de Saúde Infantil associado (crianças com menos de um ano idade). Após análise de cada agregado familiar com as respetivas Enfermeiras de Famílias, resultaram 47 famílias em transição para a parentalidade (total de famílias na USF).

Considerando a acessibilidade e o tempo disponível optou-se por trabalhar apenas com as famílias dos ficheiros da Sede da USF (n=34 famílias). Assim, a amostra foi constituída por famílias em transição para a parentalidade, inscritas nos ficheiros da Sede da USF onde decorreu o estágio.

Como já referido, na sede foram identificadas 34 famílias em transição para a parentalidade, das quais 4 desistiram/não entregaram os instrumentos de recolha de dados. Assim, a amostra final foi constituída por 30 famílias (88,2% em relação ao número total de famílias da sede). Sendo que as famílias participantes no estudo eram casais, heterossexuais, podemos dizer que as 30 famílias da amostra se encontram representadas por 60 indivíduos (30 homens e 30 mulheres).

2.4 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram definidos como critérios de inclusão: famílias constituídas por casais a vivenciar a transição para a parentalidade, e aceitar participar no estudo. Ou seja, ambos os

membros do casal teriam de ser pais pela primeira vez, encontrando-se a vivenciar o período que vai desde a gravidez até ao primeiro ano pós-parto.

Como critérios de exclusão consideraram-se: famílias em que algum dos membros do casal apresentasse alterações mentais ou défices cognitivos que dificultassem a compreensão das questões, e não saber ler ou escrever. Dado que a Enfermeira Cooperante selecionou os participantes a partir da listagem de utentes dos ficheiros da USF, os indivíduos que possuíam informação clínica acerca de alterações mentais/défices cognitivos no processo individual foram automaticamente excluídos no momento da seleção.

2.5 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Fortin (1999), nos estudos descritivo-correlacionais os dados usualmente são colhidos através de método quantitativo, a partir da utilização de escalas e questionários.

O instrumento de recolha de dados (**Apêndice VIII**) foi organizado pela investigadora, com o intuito de ser de autopreenchimento através de suporte de papel. Por essa razão foi entregue em lotes de dois a cada família, e explicada a importância de ser preenchido individualmente.

A nível estrutural encontra-se dividido em quatro partes: questionário sociodemográfico e obstétrico, Escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar (APGAR Familiar de Smilkstein, 1978, traduzida e adaptada para português por Agostinho e Rebelo, 1988); Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC de Narciso e Costa, 1996); e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS de Cox, Holden e Sagovsky, 1987, traduzida e adaptada para português por Augusto, Kumar, Calheiro, Matos e Figueiredo, 1996).

Questionário sociodemográfico e obstétrico

O questionário sociodemográfico e obstétrico aplicado foi elaborado pela investigadora, por forma a caracterizar cada um dos indivíduos participantes no estudo. Este contempla 8 questões: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, doenças do foro psicológico/emocional anterior, e avaliação da fase de transição para a parentalidade em que os participantes se encontravam - período de gravidez ou pós-parto.

Relativamente aos antecedentes obstétricos, os participantes foram caracterizados tendo em conta a fase da transição para a parentalidade que estariam a vivenciar - período de gravidez ou pós-parto, à data da participação no estudo. Os participantes que se encontravam no período de gravidez foram categorizados de acordo com o trimestre. Segundo Lowdermilk e Perry (2006), o primeiro trimestre ocorre até à 13^a semana, o segundo trimestre decorre entre a 14^a e a 26^a semanas, e o terceiro trimestre ocorre da 27^a até ao momento do parto.

Escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar (APGAR)

A Escala de APGAR Familiar foi elaborada por Smilkstein em 1978, com o intuito de ajudar as equipas de saúde a compreender a funcionalidade das famílias. A escala está dividida em 5 questões, que avaliam 5 funções básicas da família, e que formaram o acrónimo APGAR: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afeto) e *Resolve* (resolução) (Smilkstein, 1978).

O APGAR familiar pretende avaliar a perceção de um determinado indivíduo em relação ao funcionamento da sua família, num determinado momento. Assim, este instrumento pode ser um bom aliado para as equipas de saúde no despiste de conflitos e disfunções familiares, numa primeira instância. A Escala de APGAR familiar tem sido utilizada em diversas situações, como na gravidez e no pós-parto, tanto em circunstâncias propícias ao surgimento de alterações a nível do funcionamento familiar, como no âmbito da promoção da saúde e do bem-estar das famílias (Cuba e Espinoza, 2014).

A escolha da utilização deste instrumento prendeu-se com o facto de o mesmo já se encontrar introduzido no sistema de informação SClínico pelo SNS e ter sido também incorporado no Modelo MDAIF, permitindo aos enfermeiros de família a sua aplicação e registo na prática clínica.

A versão utilizada foi aquela validada e adaptada à população portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988). A cada uma das questões, existem três opções de resposta: “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, sendo que estas correspondem a 2, 1 ou 0 pontos, respetivamente. O resultado da soma da pontuação em cada questão, pode variar entre 0 e 10 pontos, sugerindo o seguinte: 0 a 3 pontos – família com disfunção acentuada; 4 a 6 pontos – família com moderada disfunção; e 7 a 10 pontos – família altamente funcional.

De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), a consistência interna de uma escala avalia se, em estimativa, o conjunto de questões é ou não consistente, de indivíduo para

indivíduo. Ou seja, é a estimativa que se faz a partir das variâncias, do total e de cada item, por sujeito. Este dado é denominado índice alfa de *Cronbach*. De acordo com Davis como referido por Maroco e Garcia-Marques (2006), um alfa de *Cronbach* acima de 0,5 é considerado aceitável em investigação para grupos; e de acordo com DeVillis como referido por Maroco e Garcia-Marques (2006), um alfa de *Cronbach* próximo de 0,6 é aceitável em investigações das ciências sociais.

Segundo Castilla, Caycho, Shimabukuro e Valdivia (2014), o coeficiente de alfa de *Cronbach* da escala total do APGAR familiar tem uma consistência interna moderada ($\alpha=0.785$). Por forma a avaliar a consistência interna da escala de APGAR familiar para a amostra do estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach* para o resultado total da escala ($\alpha=0,576$). Este apresenta-se inferior ao alfa de *Cronbach* do estudo de Castilla, Caycho, Shimabukuro e Valdivia.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

A escala EASAVIC foi construída por Narciso e Costa em 1996, com o intuito de avaliar a satisfação dos casais com as diferentes áreas da vida conjugal. Elegeu-se este instrumento por ser um método de avaliação objetivo, que poderá ajudar a compreender esta dimensão complexa.

A Escala EASAVIC foi construída com o intuito de ultrapassar as limitações e dificuldades identificadas em estudos anteriores, avaliando a satisfação conjugal no seu global e em diversas áreas específicas da vida conjugal, permitindo uma avaliação mais objetiva. As áreas da vida conjugal que esta escala permite avaliar são as seguintes: Intimidade Emocional, Sexualidade, Comunicação/Conflito, Funções familiares, Rede Social, Autonomia e Tempos Livres. A aplicação desta escala revela-se bastante pertinente para uma avaliação mais objetiva de um tema tão subjetivo como a satisfação conjugal, tanto de um modo preventivo, como de um modo interventivo.

É uma escala de autoavaliação, de forma a obter uma avaliação individual e subjetiva de cada elemento do casal em relação à sua vida conjugal. O instrumento é constituído por 44 questões, que os autores organizaram em duas dimensões: funcionamento conjugal e amor. A EASAVIC é uma escala tipo Likert, pontuando as respostas a cada questão de 1 a 6 pontos: 1 ponto (nada satisfeito), 2 pontos (pouco satisfeito), 3 pontos (razoavelmente satisfeito), 4 pontos (satisfeito), 5 pontos (muito satisfeito), e 6 pontos (completamente satisfeito). O nível de satisfação é avaliado através da média das respostas (Narciso & Costa, 1996).

Segundo Narciso e Costa (1996) a dimensão funcionamento conjugal subdivide-se em 5 áreas da vida conjugal: tempos livres, relações extra-familiares, autonomia, comunicação e conflitos e funções familiares; da dimensão amor também constam outras 5 áreas: características físicas e psicológicas, sentimentos e expressão de sentimentos, intimidade emocional, sexualidade e continuidade. Estas áreas da vida conjugal têm como foco o casal, o outro elemento e o próprio indivíduo.

Contudo, para o estudo realizado foram utilizados os últimos resultados por áreas da vida conjugal, relativos ao ano 2010, que a autora enviou à investigadora via e-mail (**Anexo I**). De acordo com este documento, as áreas da vida conjugal avaliadas na EASAVIC passaram a ser apenas 7: Intimidade Emocional (questões 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44), Sexualidade (questões 23, 24, 25, 26, 27, 28), Comunicação/Conflito (questões 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22), Funções familiares (questões 1, 2, 3, 4), Rede Social (questões 7, 8, 9), Autonomia (questões 10, 11, 12, 13) e Tempos Livres (questões 5, 6). O mesmo documento refere que a investigação realizada pelas autoras, com dados referentes a 2010, revela que a escala apresenta uma elevada consistência interna, tanto a nível global (Satisfação Conjugal Global $\alpha = 0,97$), como em cada uma das 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 $\alpha = 0,70$).

A consistência interna da escala global EASAVIC para a amostra do estudo revelou-se elevada (Satisfação Conjugal global $\alpha = 0,983$), apresentando-se um valor mais elevado do que o valor do estudo das autoras da escala. De acordo com Murphy e Davidsholder como referido por Maroco e Garcia-Marques (2006), um $\alpha > 0,9$ indica fiabilidade elevada. O alfa de Cronbach de cada uma das áreas da vida conjugal demonstrou também ser elevado (Intimidade Emocional $\alpha = 0,970$; Sexualidade $\alpha = 0,939$; Comunicação/Conflito $\alpha = 0,943$; Funções familiares $\alpha = 0,914$; Rede Social $\alpha = 0,801$; Autonomia $\alpha = 0,888$; e Tempos Livres $\alpha = 0,819$), apresentando-se bastante semelhantes aos resultados encontrados na investigação das autoras da escala.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

A escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987). Segundo os autores, este instrumento foi desenvolvido primeiramente para despistar situações de depressão pós-parto. Contudo, a escala revelou ser sensível a mudanças de severidade dos sintomas ao longo do tempo. Pretende ser um

instrumento da segunda linha de prevenção da depressão pós-parto, identificando alguns dos sintomas mais comuns. Assim, a escala pode ser aplicada no período de gravidez e pós-parto, de forma preventiva.

Esta escala é um instrumento de autoavaliação, constituído por 10 questões. Cada questão é cotada de 0, 1, 2 ou 3 pontos, aumentando de acordo com a gravidade dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 devem ser cotadas inversamente (3, 2, 1 ou 0 pontos). O score final obtém-se a partir da soma da pontuação de cada resposta. Quanto maior o score final, maior a probabilidade de depressão do utente: Score ≥ 12 indica probabilidade de depressão (DGS, 2015; 2005).

A versão utilizada foi traduzida e adaptada para português por Augusto, Kumar, Calheiro, Matos e Figueiredo (1996).

Segundo Malloy-Diniz, Schlottfeldt, Figueira e Corrêa (2010), um estudo realizado acerca das propriedades psicométricas da EPDS, com 245 mulheres selecionadas aleatoriamente, revelou uma elevada consistência interna da escala, apresentando um elevado coeficiente alfa de *Cronbach* ($\alpha = 0,87$).

De forma a avaliar a consistência interna da escala EPDS para a amostra do estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach* para o resultado total da escala ($\alpha=0,828$). Este valor apresenta-se bastante próximo do valor do estudo anterior, revelando um índice de fiabilidade moderada a elevada (Murphy e Davidsholder como referido por Maroco & Garcia-Marques, 2006).

2.6 – PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS

As famílias foram convidadas a participar no estudo pela Enfermeira Cooperante e/ou respetiva enfermeira de família, em momento oportuno de consulta individual de Enfermagem, previamente agendada na USF. Apesar do projeto ter como foco o estudo das famílias, os questionários foram aplicados individualmente, pois pretendia-se perceber a perceção de cada elemento do casal. Por este motivo, foi entregue um envelope a cada família constituído por dois lotes de questionários e dois consentimentos informados, para cada um dos membros do casal responder e assinar individualmente. A participação foi voluntária e a confidencialidade assegurada ao longo de todo o processo.

Foi dada oportunidade aos participantes para responderem aos questionários na USF, após o momento de consulta, ou em casa, podendo entregar posteriormente na USF

aquando da vinda à próxima consulta ou em momento combinado com a família. Os questionários foram entregues em envelope fechado e com identificação codificada. Algumas famílias participantes optaram ainda por digitalizar e enviar os questionários via e-mail para a investigadora.

Devido às limitações decorrentes do processo de autorizações éticas, o cronograma elaborado no início do estágio (**Apêndice IX**) foi ajustado. A recolha de dados decorreu após a autorização de acesso aos dados pela ARS.

2.7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O estudo foi conduzido dentro dos princípios éticos e deontológicos que guiam a profissão de enfermagem, nomeadamente o respeito do direito à autodeterminação, o dever de sigilo e o respeito da intimidade da pessoa e da sua família, de acordo com o Código Deontológico, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Foi elaborado e entregue a todos os participantes no estudo o consentimento informado (**Apêndice X**).

Foram solicitadas previamente as necessárias autorizações institucionais para a realização da investigação, nomeadamente: ao Coordenador da USF onde foi realizado o estágio (**Anexo II**), à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer Nº 898/09-2022) e à Comissão de Ética da ARS Centro (146/22 – 19.01.2023), tendo sido obtido parecer favorável de todos os intervenientes. Adicionalmente, foi também pedido pela Enfermeira Cooperante acesso às listas de utentes em transição para a parentalidade do programa SClinico, e pedida autorização para registo no respetivo processo clínico individual e familiar ao Conselho Diretivo da ARS, em matéria de proteção de dados, conforme **Anexo III**.

Relativamente às escalas que integram o protocolo de investigação: foi solicitado o pedido de autorização para a utilização da escala EASAVIC aos respetivos autores (**Anexo IV**); a escala de APGAR Familiar é uma escala de uso gratuito, encontrando-se disponível no programa informático SClinico; e a Escala EPDS encontra-se publicada e disponível no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015).

2.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a recolha de dados, foi realizado o tratamento estatístico, recorrendo ao programa informático IBM SPSS *Statistics*, versão 24.0.

Na elaboração deste estudo foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Para a análise descritiva dos dados foram utilizadas medidas estatísticas como: frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central como a média (M) e medidas de dispersão, como o desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos.

O teste utilizado para avaliar a normalidade da amostra do estudo foi o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os valores da amostra aproximam-se de uma distribuição normal ($p \geq 0,050$) nas variáveis satisfação conjugal (EASIVIC) e estado emocional (EPDS). Contudo, o pressuposto da normalidade não foi cumprido na variável funcionalidade familiar ($p \leq 0,050$). Deste modo, optou-se pela utilização de testes não paramétricos, considerando como nível de significância $p \leq 0,050$.

Na estatística inferencial, a seleção do teste estatístico teve em consideração o nível de mensuração das variáveis. Na correlação entre as variáveis idades, satisfação conjugal e estado emocional, avaliadas pelas respetivas escalas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Para comparação entre grupos nas variáveis sexo, habilitações literárias e caracterização obstétrica, com a funcionalidade familiar, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney*. Utilizou-se também o teste de *Kruskall-Wallis* para comparação entre 3 ou mais grupos nas variáveis estado civil, semanas de gravidez e meses pós-parto e a funcionalidade familiar.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo irá elencar os resultados obtidos no estudo, em cada uma das categorias supramencionadas.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tendo em conta o que já foi mencionado, a amostra poderia ser constituída por casais de qualquer orientação sexual, não sendo esse um fator de exclusão. Contudo, verificou-se que todos os casais participantes no estudo eram heterossexuais, sendo constituídos por um elemento do sexo masculino e um elemento do sexo feminino. Assim, a amostra do estudo revelou-se equitativa, sendo que metade dos participantes eram do sexo masculino (n=30; 50%), e outra metade do sexo feminino (n=30; 50%).

A tabela 4 ilustra a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

Relativamente à distribuição das idades, a média de idades foi de 32,2 anos (mínimo 23, máximo 43), com desvio padrão de 4,74. A maioria dos participantes situava-se no grupo etário entre os 31 e 35 anos de idade (n=26; 43,3%). Quanto ao estado civil, a distribuição da amostra obteve os mesmos valores percentuais para o estado solteiro (n=20; 33,3%), casado (n=20; 33,3%), e união de facto (n=20; 33,3%), não sendo referido outros estados civis.

No que concerne às habilitações literárias, os participantes apresentavam maioritariamente habilitações superiores à licenciatura, como pós-graduações, mestrados ou doutoramentos (n=23; 38,3%). No entanto, uma grande parte apresenta apenas o ensino obrigatório, nomeadamente o 12º ano ou curso profissional equivalente (n=22; 36,7%). Apenas 1 elemento apresentou habilitações menores do que a escolaridade obrigatória (n=1; 1,7%).

Sendo que as profissões dos participantes foram distribuídas de forma bastante díspar, optou-se por organizar as mesmas por categoria profissional, segundo os Grandes Grupos da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INE, 2010).

Quanto à categoria profissional, a maior proporção dos inquiridos tinha profissões que se enquadravam na categoria 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas (n=23; 38,3%), seguida da categoria 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (n=15; 25,0%). A categoria com menor representatividade entre os participantes foi a categoria 0 - Profissões das Forças Armadas (n=1; 1,7%), sendo que não houve nenhum participante que

mencionasse exercer alguma profissão enquadrada na categoria 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (n=0; 0%).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Idade por grupo etário (em anos)	n	%
≤ 30	20	33,3
31 - 35	26	43,3
≥ 36	14	23,3
<i>M = 32,25 DP = 4,74 Mínimo = 23 Máximo = 43</i>		
Estado civil	n	%
Solteiro(a)	20	33,3
Casado(a)	20	33,3
União de facto	20	33,3
Habilitações literárias	n	%
< Ensino obrigatório	1	1,7
Ensino obrigatório (12º ano ou equivalente)	22	36,7
Licenciatura	14	23,3
> Licenciatura (pós-graduação/mestrado/doutoramento)	23	38,3
Categoria profissional	n	%
0 - Profissões das Forças Armadas	1	1,7
1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	5	8,3
2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas	23	38,3
3 - Técnicos e profissões de nível intermédio	3	5,0
4 - Pessoal administrativo	4	6,7
5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	15	25,0
6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0	0
7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3	1,7
8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	6,7
9 - Trabalhadores não qualificados	2	3,3

Na tabela seguinte apresenta-se a caracterização psicológica, emocional e obstétrica dos participantes (Tabela 5). Como aí se pode observar, apenas 5 participantes apresentavam antecedentes do foro psicológico/emocional (n=5; 8,3%). Ou seja, de entre os elementos da amostra (n=60), 1 participante referiu “ansiedade e ataques de pânico” (n=1; 1,7%); 2 participantes referiram “ansiedade e comportamento obsessivo” (n=2; 3,3%); e outros 2 referiram “depressão” (n=2; 3,3%).

Como é ilustrado na Tabela 5, do total de 60 participantes, 32 indivíduos encontravam-se no período de gravidez (n=32; 53,3%), ou seja, o equivalente a 16 famílias. Da amostra total (n=60), o trimestre de gravidez que apresentou maior frequência foi o 3º trimestre (n=20; 33,3%). O tempo médio de gestação à data do estudo era de 26,19 semanas (mínimo 5, máximo 38), com desvio padrão de 10,56. No período pós-parto, encontravam-se 28 participantes (n=28; 46,7%), o que corresponde a 14 famílias. De entre o número total de participantes (n=60), os participantes com maior representação foram os que se encontravam no período inferior ou igual a 1 mês pós-parto (n=12;

20,0%). Os participantes que se encontravam no período pós-parto, tinham sido pais pela primeira vez, em média, há 3,5 meses (mínimo 0, máximo 9), com desvio padrão de 3,54.

Tabela 5 - Caracterização psicológica/emocional e obstétrica dos participantes (n=60)

Antecedentes do foro psicológico/emocional		n (%)
Não		55 (91,7%)
Sim		5 (8,3%)
Se sim, qual:		
Ansiedade e ataques de pânico		1 (1,7%)
Ansiedade e comportamento obsessivo		2 (3,3%)
Depressão		2 (3,3%)
Gravidez (em semanas/trimestre)		n (%)
≤ 13 semanas (1º trimestre)		6 (10,0%)
14 a 26 semanas (2º trimestre)		6 (10,0%)
≥ 27 semanas (3º trimestre)		20 (33,3%)
Total	<i>M</i> = 26,19 <i>DP</i> = 10,56 Mínimo = 5 Máximo = 38	32 (53,3%)
Pós-parto (em meses)		n (%)
≤ 1 mês		12 (20,0%)
2 a 5 meses		8 (13,3%)
≥ 6 meses		8 (13,3%)
Total	<i>M</i> = 3,50 <i>DP</i> = 3,54 Mínimo = 0 Máximo = 9	28 (46,7%)

3.1.1 – Caracterização por família

Dado que o presente estudo se encontra inserido no âmbito de investigação da enfermagem de saúde familiar, procedeu-se a uma caracterização de cada uma das famílias. No **Apêndice XI** apresentam-se os resultados da análise dos dados por cada uma das famílias participantes no estudo, enumerando-as de 1 a 30 (Tabelas 1 a 30).

Após análise dos resultados por grupo familiar, verificou-se que a família com média de idades mais baixa foi a Família 6 (média de 24 anos), e a família com média mais alta foi a Família 4 (média de 41,5 anos).

Relativamente às habilitações literárias, a família com menos habilitações literárias foi a Família 6 (um elemento com ensino obrigatório, e outro com habilitações menores do que o ensino obrigatório). Observou-se que as famílias com mais habilitações literárias, em que ambos os elementos do casal detinham habilitações superiores à licenciatura, correspondia às Famílias 8, 9, 13, 15, 18, 23 e 24 (n=7). As habilitações literárias relatadas, superiores à licenciatura, foram bastante variadas, tendo sido mencionadas Pós-graduações, Pós-licenciaturas, Mestrados e Doutoramentos.

Quanto aos resultados das escalas, na escala de APGAR Familiar, as famílias que obtiveram uma média mais alta de pontuação, 10 pontos – ambos perceberam a sua família como Altamente Funcional, foram as Famílias 8, 10, 12, 17, 22, 28 (n=6). A família que obteve uma média de pontuação mais baixa foi a Família 30 (média de 6,5 pontos – um elemento percebeu a sua família como Altamente Funcional e o outro elemento percebeu-a como Família com Moderada Disfunção).

Na escala de EASAVIC, a família com uma média mais alta de pontuação foi a Família 9 (média de 259 pontos na escala total – pontuando-se ambos os elementos com Satisfação Conjugal a nível global). A família com uma média mais baixa de pontuação foi a Família 6 (média de 142 pontos na escala total – pontuando-se um elemento com Satisfação Conjugal, e outro elemento com Não Satisfação Conjugal a nível global).

No que concerne à escala EPDS, a família que obteve uma média mais alta de pontuação foi a Família 13 (média de 15 pontos – pontuando ambos os elementos do casal com Probabilidade de Depressão). A família com uma média mais baixa foi a Família 27 (média de 0 pontos – pontuando ambos os membros do casal como Sem Probabilidade de Depressão).

3.2 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR (APGAR)

Como foi referido anteriormente, para avaliar o nível de funcionalidade familiar das famílias participantes no estudo foi utilizada a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. Dado que esta escala avalia a percepção individual do nível de funcionalidade da família, os resultados foram analisados por indivíduo e por família, de modo a compreender de que forma as percepções individuais dos membros da família podem ou não diferir. De seguida apresenta-se a tabela descritiva dos resultados da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.

Conforme descrito na Tabela 6, a grande maioria dos indivíduos percebeu a sua família como altamente funcional (n=57; 95,0%). Apenas 3 (5,0%) indivíduos participantes no estudo perceberam a sua família com moderada disfunção, e nenhum elemento (0%) percebeu disfunção familiar acentuada. Em média, os indivíduos pontuaram 8,72 pontos na Escala de APGAR (mínimo 5, máximo 10), com desvio padrão de 1,33.

Após análise dos resultados por grupos de famílias, compreende-se que os 3 elementos que perceberam a sua família com moderada disfunção pertencem a famílias

diferentes, perfazendo um total de 3 famílias com moderada disfunção na escala de APGAR (n=3; 10%).

Contudo, uma análise mais detalhada revelou que vários indivíduos (n=9) avaliaram-se no limiar da pontuação, apresentando resultados muito próximos de percepção de disfuncionalidade familiar (7 pontos). Como foi referido anteriormente, a Escala de APGAR Familiar classifica as famílias em Moderada Disfunção como aquelas que apresentam uma pontuação entre 4 a 6 pontos.

Tabela 6 – Resultados globais da Escala APGAR Familiar de Smilkstein

Resultados (pontuação)	Indivíduos; n=60 n (%)	Famílias; n=30 n (%)
Família altamente funcional (7 a 10)	57 (95,0%)	27 (90,0%)
Família com moderada disfunção (4 a 6)	3 (5,0%)	3 (10,0%)
Família com disfunção acentuada (0 a 3)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

M = 8,72 *DP* = 1,33 Mínimo = 5 Máximo = 10

A tabela seguinte apresenta as respostas dos participantes à escala de APGAR, em cada uma das suas questões (Tabela 7).

À questão 1 “Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa”, a maioria dos participantes respondeu “quase sempre” (n=56; 93,3%), e nenhum respondeu “quase nunca”. À questão 2 “Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema”, a maior parte dos participantes respondeu “quase sempre” (n=43; 71,7%). Também à questão 3 “Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida”, na sua maioria, os participantes responderam “quase sempre” (n=45; 75,0%). Quanto à questão 4 “Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor” a resposta mais frequente foi igualmente “quase sempre” (n=40; 66,7%). Em relação à questão 5 “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família” a maioria dos participantes respondeu “quase sempre” (n=40; 66,7%), no entanto 1 elemento respondeu “quase nunca” (n=1; 1,7%), contrariamente às questões anteriores.

Em suma, a questão da escala em que os participantes do estudo referiram estar mais satisfeitos (93,3%) foi a questão 1, que se refere à ajuda que é recebida da família quando a pessoa tem uma preocupação. A questão que apresentou resultados mais baixos foi a questão 5, que se refere à quantidade de tempo passado em família - 66,7%

responderam “quase sempre”, 31,6% responderam “algumas vezes” e 1,7% responderam “quase nunca”.

Tabela 7 – Resultados descritivos da Escala APGAR Familiar de Smilkstein (n=60)

Variável	n (%)
Questão 1: “Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa”	
Quase sempre	56 (93,3%)
Algumas vezes	4 (6,7%)
Quase nunca	0 (0,0%)
Questão 2: “Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema”	
Quase sempre	43 (71,7%)
Algumas vezes	17 (28,3%)
Quase nunca	0 (0,0%)
Questão 3: “Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida”	
Quase sempre	45 (75,0%)
Algumas vezes	15 (25,9%)
Quase nunca	0 (0,0%)
Questão 4: “Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor”	
Quase sempre	40 (66,7%)
Algumas vezes	20 (33,3%)
Quase nunca	0 (0,0%)
Questão 5: “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”	
Quase sempre	40 (66,7%)
Algumas vezes	19 (31,7%)
Quase nunca	1 (1,7%)

3.3 SATISFAÇÃO CONJUGAL (EASAVIC)

Nesta secção apresentam-se os resultados das famílias no que concerne à Escala EASAVIC, tanto a nível da satisfação conjugal global, como a nível de cada uma das áreas da vida conjugal.

Na Tabela 8 podemos observar os resultados da Escala EASAVIC a nível da satisfação conjugal global.

De acordo com os resultados apresentados, a maioria dos indivíduos apresenta uma satisfação conjugal, a nível global (n=59; 98,3%), sendo que apenas um elemento foi classificado com não satisfação conjugal, a nível global (n=1; 1,7%). Face a este resultado, verifica-se que apenas uma família apresenta pelo menos um elemento com

não satisfação conjugal global (n=1; 3,3%). Em média, os indivíduos pontuaram 220,55 pontos na Escala EASAVIC total (mínimo 98, máximo 264), com desvio padrão de 34,92. A pontuação média, em cada questão, foi de 5,0, o que de uma forma geral, demonstra satisfação.

Tabela 8 – Resultados da Escala EASAVIC a nível da satisfação conjugal global

Satisfação conjugal global (pontuação)	Indivíduos; n=60 n (%)	Famílias; n=30 n (%)
Satisfação (> 132)	59 (98,3%)	29 (96,7%)
Não satisfação (≤ 132)	1 (1,7%)	1 (3,3%)
<i>M</i> = 220,55 <i>DP</i> = 34,92 Mínimo = 98 Máximo = 264		

A tabela seguinte (Tabela 9) apresenta a descrição dos resultados da mesma escala, por áreas da vida conjugal, relacionando os resultados por indivíduos e por famílias.

Verifica-se que a nível da intimidade emocional, a maioria dos indivíduos apresentava satisfação (n=59; 98,3%), ou seja, apenas uma família apresentava um elemento não satisfeito (n=1; 1,7%). Em média, nesta área da vida conjugal, os indivíduos pontuaram 93,85 pontos (mínimo 46, máximo 108), com desvio padrão de 13,69.

Na área da vida conjugal sexualidade, a maioria dos indivíduos pontuaram-se como satisfeitos (n=57; 95%). Contudo, verificou-se que os 3 indivíduos que referiram encontrar-se não satisfeitos nesta área da vida conjugal, são pertencentes a diferentes famílias, o que revela que 3 famílias possuem um membro não satisfeito (n=3; 10,0%). Estes resultados revelam que nestas famílias, na área da vida conjugal sexualidade, coexiste um elemento que percebe satisfação e outro que percebe não satisfação. Em média, os indivíduos pontuaram 29,77 pontos (mínimo 10, máximo 36), com desvio padrão de 6,05.

Relativamente à comunicação e conflito, a maior parte dos participantes revelou encontrar-se satisfeito (n=56; 93,3%), sendo que os elementos insatisfeitos (n=4; 6,7%) pertenciam também a diferentes famílias (n=4; 13,3%). Em média, os participantes pontuaram 34,23 pontos (mínimo 15, máximo 42), com desvio padrão de 6,70.

Quanto às funções familiares, os participantes pontuaram-se maioritariamente como satisfeitos (n=58; 93,3%). Nesta área da vida conjugal, os elementos que se pontuaram como não satisfeitos (n=2; 3,3%) pertenciam à mesma família (n=1; 3,3%). A pontuação média foi de 19,60 pontos (mínimo 9, máximo 24), com desvio padrão de 3,60.

Na área da rede social, a maioria dos elementos encontrava-se satisfeita (n=57; 95,0%), os elementos que se encontravam não satisfeitos (n=3; 5,0%) pertenciam a duas

famílias diferentes (n=2; 6,7%). Nesta área da vida conjugal, os indivíduos pontuaram, em média, 14,73 pontos (mínimo 7, máximo 18), com desvio padrão de 2,86.

Relativamente à autonomia, os participantes revelaram que se apresentavam maioritariamente satisfeitos (n=58; 96,7%). Verificou-se ainda que os elementos que não referiram satisfação nesta área da vida conjugal (n=2; 3,3%) pertenciam a duas famílias diferentes. Em média, nesta área, os participantes pontuaram 20,00 pontos (mínimo 7, máximo 24), com desvio padrão de 3,69.

Por último, a área da vida conjugal tempos livres foi aquela em que mais participantes se pontuaram como não satisfeitos (n=11; 18,3%), ainda que a maioria se apresentasse satisfeito (n=49; 81,7%), tal como nas restantes áreas. Foi também nesta área da vida conjugal que se encontram mais famílias que referiram não satisfação (n=8; 26,7%). Se o número de participantes não satisfeitos foi 11, e as famílias foram 8, tendo em conta que cada família do estudo é constituída por casais de 2 elementos, então isto revela que existem 3 famílias em que ambos os elementos do casal não se encontram satisfeitos. Em média, os participantes pontuaram 8,37 pontos (mínimo 2, máximo 12), com desvio padrão de 8,37.

Em resumo, a área da vida conjugal em que os indivíduos apresentaram valores mais elevados de satisfação foi a intimidade emocional (98,3%), enquanto a área em que os indivíduos apresentaram menor satisfação foi a área tempos livres (81,7%).

Tabela 9 – Descrição dos resultados da Escala EASAVIC por áreas da vida conjugal

Áreas da vida conjugal (pontuação)	Indivíduos; n=60 n (%)	Famílias; n=30 n (%)
Intimidade emocional		
Satisfação (> 54)	59 (98,3%)	29 (96,7%)
Não satisfação (≤ 54)	1 (1,7%)	1 (3,3%)
<i>M</i> = 93,85 <i>DP</i> = 13,69 Mínimo = 46 Máximo = 108		
Sexualidade		
Satisfação (>18)	57 (95%)	27 (90,0%)
Não satisfação (≤18)	3 (5,0%)	3 (10,0%)
<i>M</i> = 29,77 <i>DP</i> = 6,05 Mínimo = 10 Máximo = 36		
Comunicação/Conflito		
Satisfação (>21)	56 (93,3%)	26 (86,7%)
Não satisfação (≤21)	4 (6,7%)	4 (13,3%)
<i>M</i> = 34,23 <i>DP</i> = 6,70 Mínimo = 15 Máximo = 42		
Funções familiares		
Satisfação (>12)	58 (96,7%)	29 (96,7%)
Não satisfação (≤12)	2 (3,3%)	1 (3,3%)
<i>M</i> = 19,60 <i>DP</i> = 3,60 Mínimo = 9 Máximo = 24		

Rede Social			
Satisfação (>9)	57 (95%)	28 (93,3%)	
Não satisfação (≤9)	3 (5,0%)	2 (6,7%)	
<i>M</i> = 14,73 <i>DP</i> = 2,86 Mínimo = 7 Máximo = 18			
Autonomia			
Satisfação (>12)	58 (96,7%)	28 (93,3%)	
Não satisfação (≤12)	2 (3,3%)	2 (6,7%)	
<i>M</i> = 20,00 <i>DP</i> = 3,69 Mínimo = 7 Máximo = 24			
Tempos Livres			
Satisfação (>6)	49 (81,7%)	22 (73,3%)	
Não satisfação (≤6)	11 (18,3%)	8 (26,7%)	
<i>M</i> = 8,37 <i>DP</i> = 2,15 Mínimo = 2 Máximo = 12			

3.4 – ESTADO EMOCIONAL (EPDS)

Para avaliar o estado emocional e a probabilidade de depressão dos participantes, à data do estudo realizado, foi utilizada a Escala EPDS. De acordo com a Tabela 10, 7 indivíduos apresentam probabilidade de depressão (n=7; 11,7%), e estes integram-se em 6 famílias (n=6; 20,0%). Isto revela que a maioria destes 7 indivíduos pertencem a famílias diferentes, pois se todas as famílias são constituídas por dois elementos, apenas uma família apresenta os dois elementos com probabilidade de depressão. Em média, os participantes pontuaram 6,48 pontos (mínimo 0, máximo 18), com desvio padrão de 4,32. Verificou-se ainda que 3 indivíduos se encontravam no limiar de probabilidade de depressão, pontuando 11 pontos (n=3).

Tabela 10 – Resultados globais da Escala EPDS

Dimensões (pontuação)	Indivíduos; n=60 n (%)	Famílias; n=30 n (%)
Sem probabilidade de depressão (>12)	53 (88,3%)	24 (80,0%)
Com probabilidade de depressão (≤12)	7 (11,7%)	6 (20,0%)
<i>M</i> = 6,48 <i>DP</i> = 4,32 Mínimo = 0 Máximo = 18		

3.5 – FATORES RELACIONADOS COM A FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Os resultados apresentados na Tabela 11 foram obtidos através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* e da execução do respetivo teste de significância, o que permitem avaliar a correlação existente entre a idade e a Funcionalidade Familiar, avaliada pela Escala de APGAR Familiar.

A correlação de *Spearman* não apresenta relação estatisticamente significativa entre a idade e a Funcionalidade Familiar ($r_s = 0,017$; $p = 0,899$). Assim, neste estudo, deduz-se que a funcionalidade familiar não está relacionada com a idade.

Tabela 11 - Correlação da idade com a Funcionalidade Familiar

Variável	Funcionalidade Familiar (APGAR Familiar)	
	r_s	p
Idade	0,017	0,899

No sentido de analisar se as variáveis demográficas sexo e habilitações literárias e as obstétricas (caracterização obstétrica), estão relacionados com a Funcionalidade Familiar, apresentam-se de seguida os testes inferenciais de diferenças de médias.

A Tabela 12 apresenta os resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney*, que compara a Funcionalidade Familiar em função das variáveis demográficas (sexo e habilitações literárias). Não se constatou a existência de diferenças significativas. Contudo, analisando os valores das médias ordinais ou média dos postos, verifica-se que estes são sempre superiores nas seguintes variáveis: sexo masculino, e habilitações literárias inferiores ou iguais ao ensino obrigatório (12º ano ou equivalente). Portanto, os elementos do sexo masculino, bem como os participantes com habilitações literárias inferiores ou iguais ao ensino obrigatório, tendem a perceber maior funcionalidade familiar, embora sem significado estatístico.

Tabela 12 - Resultados do teste de *Mann-Whitney* para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis sociodemográficas (sexo e habilitações literárias)

	<i>n</i>	\bar{x}_{ord}	<i>U</i>	<i>p</i>
Sexo				
Masculino	30	32,80	381,0	0,284
Feminino	30	28,20		
Habilitações Literárias				
≤ Ensino obrigatório (12º ano ou equivalente)	23	34,13	342,0	0,183
≥ Licenciatura	37	28,24		

Através da análise da Tabela 13, ao recorrer-se ao teste de *Kruskal-Wallis*, verificou-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao estado civil ($H=4,228$; $p=0,121$), no que se refere à funcionalidade

familiar. No entanto, analisando o *rank* médio de respostas dos participantes, verifica-se que este é superior nos participantes casados ($\bar{x}_{ord} = 36,60$).

Tabela 13 - Resultados do teste *Kruskal-Wallis* para a Funcionalidade Familiar segundo a variável sociodemográfica estado civil

	<i>n</i>	\bar{x}_{ord}	<i>gl</i>	H*	<i>p</i>
Estado Civil					
Solteiro(a)	20	26,28			
Casado(a)	20	36,60	2	4,228	0,121
União de facto	20	28,63			

* H (Valor teste *Kruskal-Wallis*)

A Tabela 14 demonstra a aplicação do teste U de *Mann-Whitney* para comparar a Funcionalidade Familiar em função da variável caracterização obstétrica (gravidez ou pós-parto). Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas. No entanto, os valores da média dos postos ($\bar{x}_{ord} = 32,16$), demonstram que a funcionalidade familiar é superior nas famílias que se encontram na fase de gravidez.

Tabela 14 - Resultados do teste de *Mann-Whitney* para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis obstétricas

Caracterização obstétrica	<i>n</i>	\bar{x}_{ord}	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Gravidez	32	32,16			
			395,0	-0,824	0,410
Pós-Parto	28	28,61			

Após análise da Tabela 15, ao recorrer-se ao teste de *Kruskal-Wallis*, verificamos que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às semanas de gravidez ($H=5,630$; $p=0,060$) e aos meses Pós-Parto ($H=0,428$; $p=0,807$), no que se refere à funcionalidade familiar. Ainda assim, analisando o *rank* médio de respostas dos participantes, verifica-se o seguinte: na fase de gravidez, este é superior nos participantes que se encontram no 1º trimestre de gravidez ($\bar{x}_{ord} = 21,42$); na fase de pós-parto, este é superior nos participantes que se encontram no período ≤ 1 mês pós-parto ($\bar{x}_{ord} = 15,63$). Comparativamente, podemos verificar que os participantes que se encontram no 1º trimestre de gravidez apresentam um valor mais elevado do que aqueles que se encontram no período inferior a 1 mês pós-parto, o que poderá significar que apresentam uma perceção de maior funcionalidade familiar.

Tabela 15 - Resultados do teste *Kruskal-Wallis* para a Funcionalidade Familiar segundo as variáveis obstétricas (semanas de gravidez e meses pós-parto)

	<i>n</i>	\bar{x}_{ord}	<i>gl</i>	H*	<i>p</i>
Semanas de gravidez					
≤ 13 semanas (1º trimestre)	6	21,42	2	5,630	0,060
14 a 26 semanas (2º trimestre)	6	21,17			
≥ 27 semanas (3º trimestre)	20	13,63			
Meses pós-parto					
≤ 1 mês	12	15,63	2	0,428	0,807
2 a 5 meses	8	13,75			
≥ 6 meses	8	13,56			

* H (Valor teste *Kruskal-Wallis*)

Em seguida realizou-se a correlação entre a satisfação conjugal e a funcionalidade familiar. Constatou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a satisfação conjugal e a funcionalidade familiar, tanto no score global - *EASAVIC* global ($r_s = -0,614$; $p = 0,000$), como em cada uma das áreas da conjugalidade (Intimidade emocional: $r_s = 0,589$; $p < 0,001$); (Sexualidade: $r_s = 0,525$; $p < 0,001$); (Comunicação/Conflito: $r_s = 0,621$; $p < 0,001$); (Funções familiares: $r_s = 0,542$; $p < 0,001$); (Rede Social: $r_s = 0,507$; $p < 0,001$); (Autonomia: $r_s = 0,446$; $p < 0,001$); (Tempos Livres: $r_s = 0,317$; $p < 0,014$) (Tabela 16). O que indica que a funcionalidade familiar aumenta à medida que aumentam os valores na escala da satisfação conjugal e vice-versa.

Tabela 16 - Correlação entre a satisfação conjugal (global e por áreas da conjugalidade) e a funcionalidade familiar

Satisfação conjugal	Funcionalidade Familiar (APGAR Familiar)	
	r_s	<i>p</i>
<i>EASAVIC</i> global	0,614	0,000
Intimidade emocional	0,589	0,000
Sexualidade	0,525	0,000
Comunicação/Conflito	0,621	0,000
Funções familiares	0,542	0,000
Rede Social	0,507	0,000
Autonomia	0,446	0,000
Tempos Livres	0,317	0,014

No que concerne à relação entre o estado emocional, avaliado pela escala EPDS (probabilidade de depressão), e a funcionalidade familiar, obteve-se um coeficiente de correlação de *Spearman* de $-0,362$ ($p = 0,004$), ilustrado na Tabela 17. Ou seja, uma correlação significativa e negativa entre a funcionalidade familiar e a probabilidade de

depressão. O aumento da pontuação na escala EPDS (aumento da probabilidade de depressão) é acompanhado por uma diminuição da pontuação na escala APGAR (diminuição da percepção de funcionalidade familiar), e vice-versa.

Tabela 17 - Correlação entre o estado emocional (Escala EPDS) e a funcionalidade familiar

Estado Emocional (EPDS)	Funcionalidade Familiar (APGAR Familiar)	
	r_s	p
EPDS Total	-0,362	0,004

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como já foi referido, o presente estudo teve como objetivos avaliar a funcionalidade familiar das famílias em transição para a parentalidade, e identificar fatores (sociodemográficos, obstétricos, satisfação conjugal e estado emocional) que poderiam estar relacionados com essa funcionalidade familiar.

De um modo geral, os resultados da investigação evidenciaram que a maioria dos indivíduos percecionou a sua família como altamente funcional (n=57; 95,0%). Contudo, verificou-se que os 3 indivíduos que classificaram a sua família com moderada disfunção familiar, pertencem a famílias diferentes. Isto enfatiza o facto de a perceção de funcionalidade familiar ser subjetiva e variar de indivíduo para indivíduo, mesmo fazendo parte da mesma família. Tal como é referido por Cuba e Espinoza (2014), é importante ter em consideração que esta escala não deve ser aplicada isoladamente, deve realizar-se posteriormente uma avaliação conjunta e com mais dados clínicos. Segundo Gottlieb (2016) e Meleis (2010), é importante obter uma boa colheita de dados, e estabelecer uma relação terapêutica com as famílias participantes, para ajudá-las a identificar as suas forças, e a ultrapassar esta transição para a parentalidade com mestria, e desta forma atingir o bem-estar, consigo próprias e na relação com os outros.

Características sociodemográficas e obstétricas

No que concerne ao dado de caracterização sociodemográfica idade, verificou-se que não há uma relação estatisticamente significativa entre a pontuação da Escala de APGAR Familiar e a idade. Deste modo, podemos concluir que, na amostra do presente estudo, a idade dos participantes não está relacionada com a funcionalidade familiar. Estes resultados são congruentes com o estudo de Santos, Pavarini e Barham (2011), que demonstrou também que, noutras amostras, não existiu relação estatisticamente significativa entre a idade e a funcionalidade familiar. Embora o referido estudo tenha sido efetuado numa população de características diferentes, não foram encontrados estudos que avaliassem a funcionalidade familiar em famílias em transição para a parentalidade, o que reforça a necessidade de se realizarem mais estudos nesta área.

Relativamente à variável demográfica sexo também não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre o sexo e a funcionalidade familiar. No entanto,

a pontuação na escala de APGAR Familiar é maior nos homens do que nas mulheres. Isto indica que, na presente amostra, os homens têm a percepção que as suas famílias apresentam um maior nível de funcionalidade familiar, relativamente àquilo que é percecionado pelas mulheres. Outros estudos, segundo Santos, Pavarini e Barham (2011), já haviam reportado a tendência para que os homens, de uma forma geral, percecionem a sua família como mais funcional, revelando que as mulheres se encontravam mais insatisfeitas. Ainda que não tenha analisado a funcionalidade familiar, os resultados do estudo de Ricardo (2017), apontam para que não existe nenhuma interação estatisticamente significativa entre o género e os valores de ansiedade, neste período de transição para a parentalidade. Refere ainda que os futuros pais, homens, nesta fase do ciclo vital, experimentam desafios psicológicos, relacionados com a adaptação às tarefas de desenvolvimento, idênticos aos das mulheres. A autora realça a importância de compreender esta questão para modificar a forma como a paternidade é vista.

Quanto às habilitações literárias, a amostra do presente estudo apresentava habilitações dispersas, sendo que os participantes detinham habilitações que variavam entre o nível inferior ao ensino obrigatório, até ao nível superior à licenciatura. Aquelas que ocorreram com maior frequência foram as habilitações literárias superiores à licenciatura. Constatou-se que não existiam diferenças significativas entre esta variável e a funcionalidade familiar. No entanto, a percepção de funcionalidade familiar é superior nos indivíduos que apresentam menos habilitações literárias (\leq ensino obrigatório). De acordo com o que é referido por Hanson (2005), a classe social da família, relacionada em parte com o nível de habilitações literárias dos seus membros, tem impacto no nível de saúde da família. A mesma autora refere que a classe ou estatuto social podem desempenhar um papel importante na forma como a família se comporta, como determina a saúde e doença, e quais as escolhas que faz. De acordo com Lee e Estes como referido por Hanson (2005), o estatuto social da família afeta o seu estilo vida, e consequentemente o seu estado de saúde. Neste sentido, no presente estudo verificou-se que são as famílias com menos habilitações literárias que percecionam maior funcionalidade, o que nos remete para uma maior vigilância das famílias com mais habilitações no que confere à funcionalidade familiar. Não foram encontrados outros estudos que relacionassem a funcionalidade familiar com o nível de habilitações literárias.

Os participantes no estudo apresentaram profissões bastante diversas, razão pela qual se optou por categorizar as profissões de acordo com as categorias profissionais atribuídas pelo INE, 2011. As categorias profissionais variaram entre todas as

categorias, apenas não apresentando participantes nas profissões ligadas à categoria 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta). Isto demonstra uma amostra bastante rica e variada a nível de competências profissionais. A categoria 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas) foi aquela que surgiu com uma maior frequência, o que pode indicar que nesta amostra poderá existir um elevado número de indivíduos com competências relacionadas com as áreas das ciências sociais e da saúde.

No presente estudo a distribuição dos participantes por estado civil verificou-se equitativa, sendo que um terço dos participantes se encontravam casados, um terço encontrava-se em união de facto, e outro terço estavam solteiros, à data da investigação. Após a análise estatística verificou-se que não havia diferenças estatisticamente significativas, entre o estado civil e a funcionalidade familiar. Ainda assim, verificou-se que o *rank* médio de respostas é superior nos participantes que se encontravam casados. Ou seja, pode deduzir-se que os casais que se encontram casados apresentavam uma perceção de maior funcionalidade familiar, do que os restantes. As investigações de Ross e associados como referido por Hanson (2005), corroboram estes resultados. Estes autores apontam que o casamento protege e melhora a saúde física e psicológica das famílias. Os mesmos referem que as pessoas casadas têm, alegadamente, um apoio emocional mais constante, o que as faz ter níveis mais baixos de ansiedade e depressão, e conseqüentemente, um melhor nível de funcionalidade familiar.

Quanto aos resultados obstétricos, a distribuição das famílias por período de gravidez e pós-parto foi quase equivalente. Do total de participantes, 32 apresentavam-se no período de gravidez, e 28 participantes no período pós-parto. Nesta variável não se constataram diferenças significativas, relativamente à funcionalidade familiar. Contudo, os valores da média dos postos indicam que este valor é sempre superior nos elementos das famílias que se encontram na fase de gravidez. Ou seja, os participantes que se encontravam a vivenciar o período de gravidez, apresentavam a perceção de uma maior funcionalidade familiar do que aqueles que se encontravam a vivenciar o período pós-parto. Os resultados do presente estudo estão condizentes com os resultados publicados por Machado et al. (2023). Estes autores observaram que a maioria das gestantes pontuaram a sua família como altamente funcional (76% de 66 participantes). Contudo, estudos realizados com puérperas por Almeida (2011), revelaram também que a maioria das mulheres puérperas consideraram as suas famílias altamente funcionais (85% de 175 participantes). Não foram encontrados estudos que analisassem a escala de APGAR Familiar na família como um todo, englobando homens e mulheres, nem

comparando as diferentes fases da transição para a parentalidade (gravidez e puerpério), o que demonstra a pertinência da presente investigação.

Ainda relativamente aos resultados obstétricos, a investigação revelou que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita às semanas de gravidez, ou aos meses pós-parto, relativamente à funcionalidade familiar. Não obstante, no que diz respeito ao período de gravidez, o *rank* médio de respostas dos participantes demonstra que a perceção de funcionalidade familiar é maior nos indivíduos que se encontram a vivenciar o período de gravidez, relativamente àqueles que se encontram a vivenciar o período pós-parto. Os participantes que apresentaram perceção de maior nível de funcionalidade familiar foram aqueles que se encontravam no 1º trimestre de gravidez. Tendencialmente, os participantes apresentaram a perceção de uma menor funcionalidade familiar à medida que a criança/feto cresce. Contudo, denota-se no 3º trimestre uma queda do nível de funcionalidade familiar percecionado, recuperada após o nascimento da criança. O estudo de Cárdenas (2017) corrobora estes resultados, referindo que, ao comparar o nível de funcionalidade familiar entre as mulheres grávidas e as puérperas, as puérperas apresentavam maiores níveis de disfuncionalidade familiar (70%), comparativamente às mulheres grávidas (17,1%). O referido estudo nomeia como possíveis causas a crise familiar que é vivida pela família sempre que ocorre uma nova etapa do ciclo vital, ou sempre que se aproxima um evento *stressante*. O momento do parto poderá ser visto como um evento *stressante* nestas famílias em transição para a parentalidade, o que explicaria a diminuição da perceção de funcionalidade familiar no terceiro trimestre de gravidez. Da mesma forma, logo após o nascimento da criança, e com a necessidade de uma adaptação repentina e redistribuição de papéis na família, isto pode influenciar a forma como as famílias percecionam a sua funcionalidade familiar nesse período.

Quanto à caracterização psicológica/emocional dos participantes, identificaram-se apenas 5 elementos com esses antecedentes de saúde (8,3%). Destes, foram relatados como antecedentes “ansiedade”, “ataques de pânico”, “comportamento obsessivo” e “depressão”. Contudo, dada a reduzida expressão dos resultados encontrados na globalidade do estudo, estes não foram considerados relevantes.

Caracterização por família

Tendo em conta que o presente estudo de investigação foi realizado no âmbito da enfermagem de saúde familiar, foi realizada uma análise dos resultados mais detalhada, por grupo familiar. As famílias participantes no estudo apresentavam idades bastante díspares, o que foi bastante enriquecedor para a amostra. Relativamente às habilitações literárias, várias foram as famílias (n=7) que apresentavam ambos os membros do casal com habilitações superiores a licenciatura, variando entre Pós-graduações e Doutoramentos. Isto revela que nesta amostra existem muitas famílias com elevado grau de literacia, o que pode demonstrar que alguns destes participantes poderão ter investido/estar a investir parte do seu tempo e disponibilidade nos estudos, o que poderá ter algum impacto na funcionalidade familiar destas famílias.

Na escala de APGAR Familiar, 7 famílias obtiveram a pontuação média de 10 pontos. Isto revela que, nestas famílias, ambos os membros do casal pontuaram o máximo na escala de APGAR Familiar, percecionando-se como famílias altamente funcionais. A família que apresentou média mais baixa pontuou uma média de 6,5 pontos, um dos elementos do casal como família Altamente Funcional, e outro percecionou-se como Família com Moderada Disfunção. Estes resultados reiteram a importância de avaliar a família como uma unidade, analisando os resultados de todos os membros, e não analisar esses resultados isoladamente, tal como refere Smilkinstein (1978).

No que concerne à escala EASAVIC, a família que apresentou uma média mais elevada a nível global pontuou 259 pontos, indicando que ambos os elementos desta família apresentam uma satisfação conjugal elevada. A família que apresentou uma pontuação mais baixa pontuou 142 pontos, embora apenas um dos indivíduos se tenha pontuado como Não Satisfação Conjugal. Isto pode revelar que existe uma dissonância de perceções entre o casal, embora o resultado global seja baixo. Para compreender de que forma a satisfação conjugal estaria afetada seria necessário procurar mais dados clínicos, e agendar uma consulta de enfermagem de saúde familiar com toda a família. De acordo com Figueiredo (2009), a conjugalidade transforma-se ao longo da vida, devendo adaptar-se aos processos de transição de cada um dos elementos. Nesta situação, segundo o MDAIF da mesma autora, seria importante colher informação pertinente para avaliar as dimensões da satisfação conjugal: relação dinâmica do casal, comunicação do casal, interação sexual e função sexual. Posteriormente, com esta informação poderia proceder-se à formalização de diagnósticos de enfermagem de saúde familiar e planear as intervenções mais apropriadas.

Por último, na escala EPDS, a família que obteve uma média de pontuação mais alta obteve 13 pontos, sendo que ambos os membros do casal foram classificados com probabilidade de depressão. Segundo o Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (DGS, 2005), vários estudos demonstram que existe uma elevada prevalência de problemas de ansiedade e depressão na fase de transição para a parentalidade, tanto na mulher como no homem. Estes problemas devem ser vistos de uma forma sistémica, é essencial que se compreenda que estes problemas a nível da saúde mental irão ter repercussões na saúde familiar de toda a família, inclusive a nível do desenvolvimento da criança. É fulcral que situações como a descrita sejam detetadas, seguidas e encaminhadas precocemente pelo enfermeiro de família.

Funcionalidade Familiar (APGAR)

A nível da funcionalidade familiar, a grande maioria dos indivíduos percecionou a sua família como altamente funcional (95,0%). A pontuação mínima encontrada foi 5 pontos, e a máxima 10. Nenhum indivíduo classificou a sua família como tendo disfunção acentuada. Apenas 3 participantes percecionaram a sua família com moderada disfunção, contudo verificou-se que estes 3 elementos pertenciam a 3 famílias diferentes. Estes resultados demonstram que por vezes, dentro da mesma família, há alguma disparidade de perceções acerca daquilo que é a funcionalidade familiar. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Machado et al (2023), que relata que a maioria dos participantes da sua amostra, mulheres, percecionavam a sua família como altamente funcional (76,6% de 66 participantes). Não foram encontrados estudos que avaliassem a funcionalidade familiar em toda a família (incluindo o pai), nem especificamente na transição para a parentalidade (no período de gravidez e pós-parto).

Da análise de cada uma das questões da Escala APGAR identificou-se que, a maioria dos participantes, revelou sentir-se satisfeito em todas as dimensões da escala: questão 1 - 93,3%; questão 2 - 71,7%; questão 3 - 75,0%; questão 4 - 66,7%; questão 5 - 66,7%. Sendo que, a questão em que os participantes do estudo referiram estar mais satisfeitos foi a questão 1 “Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa”, e a questão que se apresentou com resultados mais baixos foi a questão 5 “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”.

Não obstante, uma análise mais detalhada revelou que vários indivíduos (n=9) avaliaram-se no limiar da pontuação, apresentando resultados muito próximos de perceção de disfuncionalidade familiar (7 pontos). Sendo que um valor entre 4 e 6

pontos na escala de APGAR Familiar classifica a família com moderada disfunção, então podemos dizer que, nesta amostra, existem várias famílias em risco de disfunção familiar. Estes resultados reforçam a necessidade de estas famílias serem despistadas e seguidas, de forma que o enfermeiro de família as possa acompanhar e prevenir complicações mais graves ou um agravamento a nível da funcionalidade familiar. Nesta fase é fulcral que seja dada primazia à prestação de cuidados antecipatórios. De acordo com Machado et al (2023), é essencial que os profissionais de saúde despistem precocemente alterações a nível da funcionalidade familiar, nas famílias em transição para a parentalidade. A utilização precoce da escala de APGAR Familiar, no período de transição para a parentalidade, permite aos profissionais de saúde identificar e atuar precocemente em possíveis disfunções familiares, promovendo as relações familiares nesta fase de adaptação tão complexa. Segundo Santos, Pavarini e Barham (2011), os enfermeiros de família devem reconhecer a importância da avaliação da funcionalidade familiar nas famílias em transição para a parentalidade, como aliada de um planeamento estratégico mais eficaz na promoção da saúde e bem-estar das famílias, e prevenção de situações complexas.

Satisfação Conjugal (EASAVIC)

No âmbito da satisfação conjugal, a maioria dos indivíduos apresentava satisfação conjugal global, a nível global (98,3%). A nível global, apenas um elemento foi classificado com não satisfação conjugal. A pontuação média, em cada questão, a nível da satisfação conjugal global foi de 5,01. Estes resultados sugerem que as famílias participantes apresentavam poucos problemas a nível da conjugalidade. Os resultados apresentados por Narciso e Costa (1996) estão condizentes com os resultados da presente investigação - a nível da satisfação conjugal global, a pontuação média, em cada questão, foi de 4 pontos (valor arredondado), valor muito próximo daquele identificado na presente investigação. De acordo com o estudo de Tissot e Falcke (2017), após o nascimento da criança a tendência é que, a nível da satisfação conjugal global, os valores diminuam, dado que as exigências dos filhos pequenos têm impacto na construção conjugal. Assim, considera-se pertinente que nesta fase do ciclo vital as famílias em transição para a parentalidade sejam sistematicamente avaliadas no âmbito da satisfação conjugal.

A nível das áreas da vida conjugal, os participantes revelaram também encontrar-se maioritariamente satisfeitos em todas as áreas. A área em que os indivíduos apresentaram valores mais elevados de satisfação foi a intimidade emocional (98,3%).

De acordo com o estudo de Narciso e Costa (1996), a área da vida conjugal intimidade emocional tem uma influência significativa na satisfação conjugal global, e apresentou-se como fortemente preditora da satisfação a nível das restantes áreas da vida conjugal, o que se pode verificar no presente estudo. A área da vida conjugal em que os indivíduos apresentaram valores mais baixos de satisfação foi a área dos tempos livres (satisfação = 81,7%; não satisfação = 18,3%). O estudo de Narciso e Costa (1996) corrobora estes resultados, apresentando a área de tempos livres como uma das zonas mais frágeis da conjugalidade.

Nas áreas da vida conjugal sexualidade, comunicação e conflito, rede social, autonomia e tempos livres, os participantes que referiram não se sentir satisfeitos, pertenciam a famílias diferentes. Na área tempos livres, os 11 indivíduos que referiram não satisfação pertenciam a 8 famílias diferentes. Ou seja, em 3 destas 8 famílias ambos os elementos do casal não se encontravam satisfeitos. Isto pode indicar que, dentro da mesma família, os indivíduos têm perceções diferentes daquilo que é a conjugalidade. Estes resultados apontam também para a necessidade de se trabalhar a área da vida conjugal tempos livres com as famílias em transição para a parentalidade. Segundo Narciso e Costa (1996), a satisfação conjugal é um dado muito pessoal e subjetivo, pelo que deve ter-se em conta a particularidade de cada casal e não interpretar os resultados da escala EASAVIC de forma rígida. Na prática, a avaliação e intervenção no âmbito da satisfação conjugal deve ser subjetiva, tendo em consideração a forma como cada elemento vivência a relação e os sentimentos pelo outro. Relativamente às diferentes perceções de satisfação conjugal dentro da mesma família, deve avaliar-se os motivos que levam a esta discrepância. Sugere-se a utilização do Modelo MDAIF para uma avaliação da satisfação conjugal mais sistematizada (Figueiredo, 2020), dando ênfase à comunicação entre o casal, e promovendo uma comunicação circular.

Através da análise inferencial constatou-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre a satisfação conjugal e a funcionalidade familiar, quer a nível do score global, como em cada uma das áreas da conjugalidade. Isto sugere que a funcionalidade familiar aumenta à medida que aumentam os valores na escala da satisfação conjugal, e vice-versa. À data da realização deste documento não foram encontrados estudos de investigação que correlacionem a escala de APGAR Familiar com a Escala de EASAVIC. Por este motivo, sugere-se que sejam realizados mais estudos nesta temática, por forma a poderem corroborar-se estes resultados.

Estado emocional (EPDS)

Após a aplicação da Escala EPDS observou-se que 7 indivíduos apresentavam probabilidade de depressão (11,7%), à data do estudo. Esses 7 indivíduos integravam-se em 6 famílias diferentes, o que demonstra que na sua maioria pertenciam a famílias diferentes. Isto demonstra que a maioria dos participantes não apresentava probabilidade de depressão. Os resultados do estudo de Silva (2022), aproximam-se dos resultados obtidos no presente estudo de investigação, apresentando uma taxa de 17% de probabilidade de depressão pós-parto, em 200 puérperas no distrito de Beja. O estudo de Brites (2016), apresenta uma taxa de prevalência da depressão pós-parto paterna de 10,4%, valor igualmente próximo dos dados desta investigação. O mesmo estudo revela que alterações a nível da satisfação conjugal são fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto paterna, e vice-versa. Tendo em conta as consequências que a depressão pós-parto (materna ou paterna) podem ter no seio familiar, e mesmo no desenvolvimento da criança, estes resultados realçam a urgência do rastreio e intervenção nesta fase de transição.

Relativamente aos resultados da estatística inferencial, estes demonstraram que a relação entre a Escala APGAR e a Escala EPDS é estatisticamente significativa ($p=0.004$). O aumento da probabilidade de depressão é acompanhado pela diminuição da perceção de funcionalidade familiar, e vice-versa. Estes resultados são corroborados pelos estudos de Cárdenas (2017), com puérperas, que revelam que a relação entre a escala de APGAR e a escala de EPDS são estatisticamente significativas ($p<0,001$): as puérperas com depressão pós-parto apresentaram uma maior proporção de disfuncionalidades familiares. Segundo Samamé (2016), a disfuncionalidade familiar é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, apresentando uma relação estatisticamente significativa, o que corrobora os resultados deste estudo de investigação, e reitera a sua importância nesta área da enfermagem. O mesmo autor revela que a disfunção familiar em utentes com depressão pós-parto foi de 70,2%, pelo que é recomendável que se utilize a Escala EPDS durante o período de transição para parentalidade, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de complicações a nível da saúde familiar.

CONCLUSÃO

Dado por terminado este relatório, considera-se que os objetivos propostos foram atingidos. O estágio desenvolvido favoreceu a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEESF, tanto a nível da avaliação e intervenção na prática clínica com as famílias ao longo do ciclo vital, e em situações complexas; como a nível da gestão e participação em projetos de melhoria continua dos cuidados, no qual se integrou a formulação de uma questão de investigação respondida através da elaboração do estudo de investigação com famílias em transição para a parentalidade.

De uma forma geral, as limitações identificadas durante a execução deste relatório relacionaram-se com a gestão de tempo, tanto a nível da gestão das oportunidades de intervenção para consolidação das competências clínicas como EEESF, como a nível dos *timings* entre o período em que decorreu o estágio e as autorizações pelas comissões de ética, para a elaboração do estudo de investigação. O reduzido tamanho da amostra constitui-se também como uma limitação, estando diretamente relacionada com o constrangimento do número de utentes em transição para a parentalidade existentes no ficheiro da equipa de saúde, no momento do estudo. O facto de algumas das famílias em transição para a parentalidade se encontrarem assoberbadas com tarefas inerentes a esta fase do ciclo vital limitou-as a participar no estudo. Também o facto de existir pouca literatura e estudos que retratem a família como alvo de cuidados, bem como a avaliação da funcionalidade familiar na transição para a parentalidade, foi uma grande limitação na corroboração de resultados nesta investigação.

O presente estudo pretendia avaliar o nível de funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade. Este demonstrou que a grande maioria dos indivíduos que integram famílias em transição para a parentalidade percecionou a sua família como altamente funcional. Apenas 3 elementos percecionaram a sua família com moderada disfunção. Sendo que estes indivíduos pertenciam a famílias diferentes, isto reforça que a perceção de funcionalidade familiar é uma questão pessoal e subjetiva. Estes resultados apontam também para a pertinência de agendar uma avaliação de saúde familiar a toda a família em simultâneo, confrontando resultados, e aplicando outros instrumentos, não realizando diagnósticos apenas com base em um instrumento. Não

obstante, 9 indivíduos perceberam-se em risco de disfunção familiar, o que reforça a necessidade de o EEESF promover a consciencialização das famílias para esta problemática e apostar na prestação de cuidados antecipatórios, prevenindo complicações mais graves.

Relativamente aos fatores relacionados com o nível de funcionalidade familiar, foi avaliado se os fatores sociodemográficos, obstétricos, satisfação conjugal e estado emocional estariam relacionados com a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade. Constatou-se que a funcionalidade familiar não está relacionada com a idade, o sexo ou as habilitações literárias dos participantes. No entanto, os elementos do sexo masculino, bem como os participantes com habilitações literárias inferiores ao ensino obrigatório, tendiam a perceber maior funcionalidade familiar. Quanto ao estado civil, o nível de percepção de funcionalidade familiar foi superior nos participantes casados. E não existem diferenças relativamente aos que se encontram no período de gravidez ou pós-parto. No entanto, a percepção de funcionalidade familiar foi superior nas famílias que se encontravam na fase de gravidez.

No que concerne à satisfação conjugal, esta está relacionada com a funcionalidade familiar, global, e em cada uma das áreas da conjugalidade. Aumentando uma à medida que aumenta a outra.

A percepção de funcionalidade familiar está relacionada com a probabilidade de depressão. A percepção de diminuição da funcionalidade familiar é acompanhada pelo aumento da probabilidade de depressão, e vice-versa.

Como primeiros resultados práticos do estudo de investigação foram identificadas 7 pessoas com probabilidade de depressão, sendo que 3 destas foram referenciadas para o médico de família e psicólogo clínico (tendo as restantes recusado). Aliando as competências clínicas do EEESF adquiridas em contexto clínico e os resultados da investigação, com vista a promover a saúde e bem-estar das famílias em transição para a parentalidade, todos os participantes foram incentivados a recorrer ao seu enfermeiro de família caso identificassem alguma necessidade nesta transição.

Tendo em conta que se identificaram diversos participantes no estudo com resultados próximos de disfuncionalidade familiar, não satisfação conjugal, e probabilidade de depressão, e face ao que foi percebido ao longo da prática clínica, sugere-se que os instrumentos de avaliação sejam aplicados em situações de rastreio, como forma de prevenção de situações mais complexas, e promoção da saúde. Como já foi referido, alterações a nível da funcionalidade familiar podem traduzir-se em alterações a nível da

satisfação conjugal e da satisfação no seio da família, o que pode repercutir-se em todos os membros da família, e concretamente, a nível do desenvolvimento da criança.

Considerando as competências do EEESF e os resultados apontados por este estudo de investigação, sugere-se que sejam implementadas intervenções no âmbito dos cuidados antecipatórios, de promoção da saúde e bem-estar das famílias em transição para a parentalidade, como recomendado pela DGS no Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2005; 2015). Para dar resposta a estes resultados, foi elaborada uma proposta de protocolo de atuação, em colaboração com a Enfermeira Cooperante do estágio (**Apêndice XII**). Sugere-se a aplicação das Escalas de APGAR Familiar, em conjugação com as Escalas EASAVIC e EPDS, e um seguimento regular a estas famílias.

A DGS (2015) preconiza a avaliação de alterações a nível do estado emocional no início da vigilância da gravidez, prevenindo também repercussões no desenvolvimento fetal. Por este motivo, preconizou-se que a primeira consulta de avaliação deverá ser durante o 1º trimestre de gravidez, preferencialmente com os dois elementos do casal. O 2º momento deverá ser agendado oportunamente, com os dois elementos do casal presentes. Nesta consulta deverão ser discutidos os resultados obtidos nas escalas com a família, e formulados os diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar mais adequadas à situação atual da família.

Sugere-se que o 3º momento ocorra entre o 2º e 3º mês pós-parto, com toda a família presente. Este momento será constituído por uma consulta de reavaliação da situação familiar, aplicando novamente os instrumentos de avaliação e reformulados os diagnósticos de enfermagem de saúde familiar. Sempre que o EEESF achar necessário/pertinente, e desde que seja vontade das famílias, estas famílias deverão ser encaminhadas para a equipa multidisciplinar (médico de família e psicólogo), para complementar a sua intervenção. De acordo com a National Institute for Health and Care Excellence como referido por DGS (2015), o período pós-parto constitui-se como um período altamente propício ao desenvolvimento de perturbações a nível do estado emocional, que podem ter repercussões a nível da satisfação conjugal e da funcionalidade familiar. Por este motivo, optou-se por situar o terceiro momento de reavaliação após passar o período do blues pós-parto (14 dias pós-parto), que tendencialmente desaparece de forma espontânea.

Os resultados vão ao encontro de evidências científicas, no entanto, qualquer generalização sugere precaução. De forma a compreender melhor este fenómeno, sugere-se a replicação da investigação numa amostra maior ou a realização de um

estudo mais diversificado, que integre outras variáveis. Recomenda-se a realização de mais estudos de investigação no âmbito da avaliação da funcionalidade familiar na transição para a parentalidade, tendo como alvo a família como um todo, de forma a proporcionar mais evidência científica para suportar a prática dos EEESF, e produzir mais ganhos em saúde.

Em nota de conclusão, considera-se que o trabalho no âmbito da saúde familiar ainda tem um longo percurso a percorrer, pelo que se sugere que se continue a investir na divulgação e formação nesta área. É imperativo que sejam realizados mais estudos que sustentem a prática clínica dos EEESF, por forma a se obterem mais ganhos em saúde, e assim melhorar a visibilidade desta especialidade.

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Agostinho, M. & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5(32), 18-21.

Almeida, E. A. G. (2011). *Visita domiciliária no pós-parto* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1644>

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135-141. doi: 10.1017/S0033291700033778

Bomar, P. J. (2004). *Promoting Health in Families: Applying family research and theory to nursing practice* (3ª ed.). Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier.

Brites, T. J. C. (2016). *Depressão Pós-Parto Paterna: Família em Risco* (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/36885>

Cárdenas, K. A. M. (2017). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión pós-parto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017* (Tese de obtenção especialidade, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6032>

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Revista Psicología Educativa Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78. doi: 10.20511/pyr2014.v2n1.53

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782

Cuba, M. A. S. & Espinoza, M. A., T. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso

Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude_mental_e_gravidez_folheto_dgs_2005-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia orientador da prática clínica*. Coimbra, Portugal: Autor.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia orientador estágio com relatório*. Coimbra, Portugal: Autor.

Figueiredo, M. (2020). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusociência.

Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. Loures, Portugal: Lusodidata.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata

- Harrison, T. & Dignan, K. (1999). *Men's health: An introduction for nurses and health professionals*. Londres, Reino Unido: Harcourt Brace and Company Limited.
- International Council of Nurses. (2018). *CIPE® - Português*. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt&fbclid=IwAR05IT4Wsvl2o_p_QOZOfsUak765V7bOckbrueQyTPJwMjtgq2CKXY0Tu0cE
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República nº 181/2015, I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2006). *Enfermagem na Maternidade (7ªed.)*. Loures: Portugal, Lusodidacta.
- Machado, B. L., Lucchese, R., Mendonça, R. S., Lopes, R. S., Schmidt, E. R., Bertuol, I. H. R. ... Vera, I. (2023). Funcionalidade familiar percebida por gestantes: estudo transversal. *Peer Review*, 5(2), 170-185. doi: 10.53660/prw.96.uni119
- Malloy-Diniz, L. F., Schlottfeldt, C. G. M. F., Figueira, P., & Corrêa, F. S. N. H. (2010). Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 316-318. doi: 10.1590/S1516-44462010000300018
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?: questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/133>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, EUA: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde. (2023). *BI-CSP: BI-UF*. SPMS. Recuperado por <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>

- Ministério da Saúde. (2022a). *BI-CSP: BI-UF*. SPMS. Recuperado por <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2022b). In SINUS: – Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários [Base de dados].
- Ministério da Saúde. (2022c). P01.01.L01. In MIM@UF: – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [Base de dados].
- Ministério da Saúde. (2022d). P01.G01. Inscritos. In MIM@UF: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [Base de dados].
- Ministério da Saúde. (2022e). P02.01.R05. In MIM@UF: – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [Base de dados].
- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de consulta psicológica*, 12, 115-130. doi: 10.1590/S1516-44462010000300018
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado por https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
- Pinto, B. C. R. (2017). *Cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família* (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/23043>
- Regulamento n.º 428 de 16 de julho de 2018. *Diário da República n.º 135, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. P.19354-19359
- Regulamento n.º 140 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República, nº26, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. P. 4744 - 4750
- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (4ª ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

- Ricardo, A. M. (2017). *O dia em que os pais nascem: diferenças de género na transição para a parentalidade* (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/31609>
- Samamé, D. L. A. (2016). *Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el hospital Belén de Trujillo* (Tese de obtenção de especialidade, Universidad Privada Antenor Orrego). Recuperado de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2132/1/RE_MED.HUMA_DIANA.ALARCON_DISFUNCION.FAMILIAR.DEPRESION.EN.EL.PUERPERIO_DATO_S.PDF
- Santos, A. A., Pavarini, S. C. I., & Barham, E. J. (2011). Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto com texto de enfermagem*, 20(1), 102-110. doi: 10.1590/S0104-07072011000100012
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C. ... Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Caderno de saúde pública*, 23(11), 2577-2588. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
- Silva, S. P. F. (2022). *Saúde mental no puerpério: experiências de mulheres – mães da ULSBA* (Tese de mestrado, Universidade de Évora). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10174/33842>
- 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.
- Sousa, S. P. F. (2010). *Qualidade de vida dos idosos da região de leiria* (Tese de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Recuperado de <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/261>
- Tissot, D. W. & Falcke, D. (2017). A conjugalidade nas diferentes etapas do ciclo vital familiar. *Quarderns de Psicologia*, 19(3), 265-276. doi: 10.5565/rev/qpsicologia.1399
- Unidade de Saúde Familiar A. (2021). *Manual de Acolhimento: Integração de novos elementos na USF A*. Coimbra, Portugal: Autor
- Unidade de Saúde Familiar A. (2017a). *Manual de Articulação*. (3ªed.). Coimbra, Portugal: Autor.

Unidade de Saúde Familiar A. (2017b). *Regulamento Interno*. Coimbra, Portugal: Autor.

Vieira, A. R., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. J. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Revista Servir*, 56(3/4), 146-154.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. (5ªed.). São Paulo, Brasil: Editora Roca.

ANEXOS

ANEXO I: Dados psicométricos da escala EASAVIC solicitados à autora, via email

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)

ANEXO II: Autorização do Coordenador da USF A



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

O estudo de investigação intitulado "Funcionalidade Familiar na Transição para a Parentalidade", a realizar pela estudante Adriana Filipa Dias Fernandes, no âmbito do projeto de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área da Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), pretende compreender as alterações a nível da funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade. Os objetivos do mesmo serão: avaliar o nível de funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade (aplicando a Escala de APGAR familiar); e identificar alguns fatores que podem influenciar esse nível de funcionalidade (aplicando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo e a Escala de Satisfação Conjugal, a ambos os membros do casal).

Face ao exposto, e por considerar este projeto de elevado carácter científico e relevante para a melhor compreensão das alterações a nível da funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade, autorizo a sua implementação na USF _____

Coimbra, 30/09/2022

Dr. _____

Assinatura do Coordenador da USF _____

ANEXO III: Autorização do Conselho Diretivo da ARS Centro

		
---	---	--

Entidade: Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. Formulário 1

À atenção da Senhora Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

1. Identificação do responsável pelo pedido de dados

Nome / Denominação: _____

Categoria Profissional: Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Coordenação
 Sim Não

Unidade de Saúde: _____

Email Institucional (quando aplicável): _____

Contacto Telefónico: _____ Doc. Identificação: _____

2. Descrição dos dados solicitados

Solicita-se o acesso aos utentes, inscritos na USF _____ com os seguintes programas de saúde associados: - saúde materna (mulheres com diagnóstico de gravidez atualmente); - saúde infantil (crianças nascidas entre 01/01/2022 até à atualidade). Solicita-se ainda o acesso aos seus processos familiares, através do sistema de informação SClínico, para que se possam identificar e convidar as famílias a participar no estudo. Junta-se em anexo o parecer FAVORÁVEL da Comissão de Ética da ARS Centro bem como da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), bem como o consentimento informado elaborado e revisto conforme orientação da comissão de Ética da ARS Centro. Ao longo do estudo irá garantir-se que os dados serão sempre anonimizados. Com estes dados pretende-se construir um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias em transição para a parentalidade da USF _____

3. Finalidade do tratamento de dados

Tendo em conta que o ficheiro de utentes pelo qual sou responsável pelos cuidados de enfermagem apresenta uma elevada percentagem de utentes na transição para a parentalidade, bem como utentes em idade fértil, pretende-se realizar um estudo que possa identificar quais as necessidades destas famílias. Este estudo terá como objetivos: avaliar a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade; conhecer a sua satisfação com as áreas da vida conjugal nesta transição; e identificar fatores sociodemográficos, obstétricos, satisfação conjugal e estado emocional relacionados com a funcionalidade destas famílias. Para a realização do estudo será fornecido um lote de questionários para cada um dos membros do casal responder e assinar individualmente. Este será entregue em papel, em envelope fechado, durante o momento de consulta ou em momento oportunamente agendado com as famílias. Os participantes poderão preencher os mesmos na USF ou em sua casa, podendo devolvê-los oportunamente na USF. Pretende-se com os resultados obtidos construir um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, no âmbito das famílias em transição para a parentalidade, na USF _____ onde sou Enfermeira Orientadora de estágio da Enfermeira mestranda Adriana Fernandes.

4. Responsável pelo tratamento de dados

Nome / Denominação: Adriana Filipa Dias Fernandes

Categoria Profissional: Enfermeira em estágio curricular Coordenação
 Sim Não

Unidade de Saúde: USF _____

Email Institucional (quando aplicável): _____

Contacto Telefónico: 9 1 4 6 3 3 6 3 4 0 Doc. Identificação: 1 3 7 6 2 3 9 9

5. Forma de envio dos dados

Email Institucional (quando aplicável) não aplicável

6. Enquadramento do pedido (preencher as opções aplicáveis)

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- No exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Fora do exercício das respetivas competências e funções nos Centros de Saúde/Unidades Funcionais
- Pedidos de comunicação de dados pessoais (incluindo sensíveis/especiais) apresentados por outros profissionais de saúde/investigadores, enquanto participantes/promotores em estudos ou ensaios científicos/clínicos para efeitos curriculares ou outros
- Com identificação e consentimento prévio e informado dos titulares dos dados
- Prévia validação junto de órgãos e/ou comissões competentes no domínio ético-científico
- Declaração de validação do Orientador de Formação (Internato Médico)

7. Legitimidade para o tratamento dos dados

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

- Cumprimento de obrigações legais
- Execução de obrigação contratual
- Para proteção de interesse vital do titular
- Execução de missão de interesse público
- Prossecução de interesse legítimo

8. Comunicação de dados a terceiros (quando aplicável)

não aplicável

9. Medidas para garantir a segurança das informações

(Descrição geral que permite avaliar de forma preliminar a adequação das medidas de segurança tomadas para garantir a segurança do tratamento)

- Cópias de backup (segurança) dos dados
- Sistemas de processamento de backup
- Password de acesso às informações
- Informação cifrada

10. Tempo de conservação dos dados pessoais

Durante a perduração do projeto e após este serão eliminados

11. Formas e condições como o titular dos dados pode conhecer, corrigir, opor-se ou eliminar os dados que lhe respeitem (quando aplicável)

Não aplicável

O Responsável pela apresentação do pedido

Local Coimbra

Data 25-01-2023

Assinatura

A preencher pelos Serviços

Informação de suporte à decisão

O pedido está de acordo com as determinações e circulares do Conselho Diretivo da ARS

CENTRO,IP, em matéria de proteção de dados pessoais.
26/01/2023
Eng.º Ernesto Fernandes
Coordenador do GSIC
EFD

Decisão Deferido Indeferido

Fundamentação

Ambrogini

26-01-2023



Dr. Fernando Corvo
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS CENTRO,IP.

ANEXO IV: Autorização da autora da escala EASAVIC

1 of 853

Pedido de autorização para utilização da Escala de Satisfação com a Vida Conjugal

Adriana Fernandes <adrc.fernandes@gmail.com>
to narciso@fpce.ul.pt, Paula, Cristina

12:19 PM (0 minutes ago)

Exma. Srª. Professora Doutora Isabel Narciso,

O meu nome é Adriana Filipa Dias Fernandes, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área da Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação e coorientação das professoras Cristina Veríssimo e ana Paula Camarneiro, respetivamente.

Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de compreender as alterações a nível da funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade. Neste contexto e tendo conhecimento da sua Escala de Satisfação com a Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996), solicito autorização para a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Caso autorize a utilização da escala, gostaria de solicitar o envio da mesma e normas de cotação, ou a indicação bibliográfica onde conste essa informação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,
Adriana Fernandes

Reply Reply all Forward

1 of 1

Isabel Santa Barbara Narciso <inarciso@psicologia.ulisboa.pt>
to me

Tue, Sep 27, 2022, 3:12 PM

Cara Adriana

Está autorizada usar a EASAVIC.

Aqui vão dados de que pode precisar, e uma referência que lhe pode ser útil:

Ferreira, L. C., Narciso, J., Novo, R., & Pereira, C. (2014) Predicting couple satisfaction: The role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*. 29(4), 390-404. doi:10.1080/14681994.2014.957498 [Clinical Psychology Q3-IF: 0.692].

Os meus cumprimentos
Isabel Narciso

2 Attachments • Scanned by Gmail

Dados Psicométri... EASAVIC.doc

APÊNDICES

APÊNDICE II: Guião de Consultas de Enfermagem de Saúde Familiar para os Enfermeiros

QUESTÕES GENÉRICAS

Tem alguma alergia? Comida, Medicação...	Are you allergic to anything? Food/Medication, etc. Do you have any allergies?
Que medicação está a tomar?	What medication are you on? What medication are you taking?
Já tem a vacçõe Covid? Quantas doses?	Do you have your Covid Vaccines and Booster?
Trouxe o seu boletim de saúde consigo?	Do you have your health record with you?

SAÚDE INFANTIL / PEDIATRIC HEALTH

RECÉM-NASCIDO	NEWBORN
Vacinação	Vaccination /Inoculation
O/A seu/sua filho/a tem as vacinas em dia?	Are your child's vaccines up to date?
Tem o cartão de vacinas dele/a consigo?	Do you have his/her vaccination card with you?
Ele/ela precisa de levar esta vacina agora... Pode arregaçar-lhe a manga, por favor?	He/she needs to have this vaccine today... Can you roll up his/her sleeve, please?
Vamos relaxar... vou ser muito rápido/a	Let's relax... I'll be really quick ...
Recém-nascido	Newborn
Qual a data de nascimento do seu bebé?	When was your baby born? What is his/her date of birth?
O bebé nasceu em Portugal?	Was your child born in Portugal?
Está a amamentar	Are you breastfeeding?
Tem alguma dificuldade na amamentação?	Do you have any difficulty/issues in breastfeeding?
Sente alguma alteração/ desconforto na mama?	Do you experience any (Do you feel any) changes/discomfort in the breast?
Está a dar algum suplemento, além do leite materno?	Are you giving any supplements in addition to breast milk?
Este é o peso, altura, perímetro cefálico do seu bebé...	This is your baby's weight, height, head circumference...
Está a crescer como expectável, não há nada com que se preocupar.	You baby is growing as expected, there's nothing to worry about.
Não está a crescer tanto quanto seria esperado, nesta fase.	Your baby is not growing as much as would be expected at this stage.
O bebé tem cólicas?	Does your baby have colic?
Deve fazer esta massagem	Try massaging his/her tummy like this...
O bebé deve ser deitado de costas, para evitar o síndrome da morte súbita	Your baby must be laid on his/her back to avoid sudden death syndrome

CRIANÇAS ENTRE 1 E 6 ANOS DE IDADE	CHILDREN AGED 1 TO 6
Cuidado com o perigo de asfixia!	Beware of choking hazard!
A partir dos 4 meses de idade o bebé pode começar a introduzir novos alimentos. Já introduziu algum?	From 4 months of age the baby can start introducing new foods. Have you introduced any, yet?
Cada alimento deve ser introduzido com o intervalo de 1 semana	Each food should be introduced with an interval of 1 week
Cuidado com os acidentes, como queimaduras, eletrodomésticos, etc.	Beware of accidents such as burns, appliances, etc.
A criança tem alguma cárie dentária? Sabe lavar os dentes?	Does your child have any cavities? Does he/she know how to brush his/her teeth?
Vai ao dentista?	Does he/she go to the dentist?
A criança tem alguma dificuldade em ouvir, ou em ver?	Does the child have any difficulty hearing or seeing?
Anda no oftalmologista?	Does he/she go to the eye doctor?
Tenho de ver a tua tensão arterial. Podes arregaçar a tua manga por favor?	I am going to check your blood pressure. Can you roll up your sleeve for me?
Temos de te pesar, e medir. Podes tirar os teus sapatos, e subir para cima da balança?	We need to weigh and check your height. Can you remove your shoes and go up on this scale?

CRIANÇAS ENTRE 6 E 18 ANOS DE IDADE	CHILDREN AGED 6 TO 18
Como está a correr a escola?	How is school going/doing?
A criança já sabe ler?	Can your child read?
Compreende o que lê?	Does he/she understand what he/she reads?
A criança dorme bem?	Does your child sleep well?
A criança tem problemas de socialização?	Does the child have socialization problems?
Sofre de bullying , ou cyberbullying ?	Does your child suffer from bullying or cyberbullying?
A criança faz exercício físico?	Does your child practice physical exercise?
Já experimentaste fumar, beber bebidas alcoólicas ou alguma droga?	Has your child ever tried smoking, drinking alcohol or any drugs?
Agora vais entrar na puberdade. Sabes o que isso significa? Explica.	You are starting puberty. Do you know what that means? Can you explain it to me?
Já tiveste alguma relação sexual?	Have you had a sexual relationship/intercourse?
Sabes o que são contraceptivos, e as doenças sexualmente transmissíveis?	Do you know what contraceptives are, and sexually transmitted diseases (STDs)?

PLANEAMENTO FAMILIAR / REPRODUCTIVE HEALTH

Tem história familiar de: Diabetes? Hipertensão arterial? Anomalia congénita?	Do you have a family history of: Diabetes? Hypertension? Congenital anomaly?
Consome álcool, tabaco, ou alguma droga?	Have you tried and do alcohol, tobacco, or any drug?
Quantas vezes por dia?	How many times a day?
Já teve algum aborto?	Have you ever had an abortion/miscarriage?
Está a utilizar algum método contraceutivo? Qual? Pretende mudar?	Are you using any contraceptive method? Which one? Do you plan on changing to a different one?
Existe a pílula, o anel vaginal, o Dispositivo totalmente implantado...	There is the pill, the vaginal ring, the fully implanted device...
Quando foi a data da sua última menstruação?	When was your last period/menstrual cycle?
Quando fez a sua última citologia?	When did you last cytology/pap smear?
Quando fez a sua última mamografia?	When did you have your last mammogram?

CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL	PRECONCEPTION CONSULTATION/VISIT
Pretende engravidar? Quando pretende?	Do you <u>pl</u> an on getting pregnant? When?
Está já medicada com ácido fólico?	Are you already on folic acid?
Já fez teste à toxoplasmose? E rubéola? E <u>citomegalovírus</u> ? HIV?	Have you ever been tested for toxoplasmosis? And rubella? And cytomegalovirus? HIV?

CONSULTA DE DIABETES / DIABETES CONSULTATION

Como tem andado a sua glicémia capilar?	How has your capillary blood glucose been?
Faz <u>auto-administração</u> de insulina?	Do you self-administer insulin?
Traz consigo algumas análises clínicas?	Did you bring any clinical analyses? Blood work (CBC – Complete blood count)?
Tem feito exercício físico?	Do you practice any type of physical exercise?
Tem cuidados com a alimentação?	Are you careful with your diet/with what you eat?
Tem feito a medicação como prescrita?	Are you taking your medication as prescribed?
Sente alguma alteração a nível da sensibilidade dos pés? Tem alguma ferida?	Do you feel any change in the sensitivity of your feet? Do you have any sores?
Posso ver os seus pés, preciso de fazer uma avaliação da sensibilidade.	Can I <u>take a look</u> at your feet, I need to do a sensitivity assessment.

SAÚDE MATERNA / MATERNAL HEALTH

Tem algum desconforto? Náuseas, vômitos, sintomas de <u>infecção</u> urinária....	Do you have any discomfort? Nausea, vomiting, symptoms of urinary tract infection....
Quando começou a sentir os movimentos fetais?	When did you start feeling fetal movements (your baby move)?
Tem contrações? (barriga dura) Nas relações sexuais, ou atividade diária...	Do you have contractions? (hard belly) During sexual intercourse, or in daily activities...

CONSULTA DE HTA/ ARTERIAL HYPERTENSION CONSULTATION

Como tem estado a sua tensão arterial? E a sua frequência cardíaca? (idêntico ao anterior)	How has your blood pressure been? And your heart rate? (<u>same</u> as before)?
---	---

APÊNDICE III: Tradução do Guia do Utente da USF A para a língua inglesa

OTHER SERVICES PROVIDED

(centre)

- **Citizen's Office/Social Work** (Monday and Thursday, from 9am to 1pm; Tel:239802110)
- **Psychology** (Tuesday, Wednesday, Thursday and Friday, with prior appointment)
- **Nutrition** (Mondays, with prior appointment)
- **Psychiatry** (Fridays from 9am to 11am, with prior appointment)
- **Dentist** (daily, with prior appointment)

RIGHT TO REFUSE

Our team of the USF [] participates in the training of physicians (General and Family Medicine Specialty and Common Year) alongside nursing and medical students, for which we thank you for your collaboration!

If you wish to **refuse to be taken care** by any of these elements, you can manifest it to any member of the team, without constraints.

MAXIMUM GUARANTEED TIME

- Attendance – 20 minutes
- Appointment – 5 business days

ADDRESSES

Elaborated in 10/2018
 Reviewed in 01/2020
 Translated in 05/2022

Approved by :
 Conselho Técnico em 01/2020
 Conselho Geral em 23/02/2020

Next review due in 2021



USER'S GUIDE

WE WANT TO OFFER YOU THE BEST WE HAVE...

- RESPECT, CONFIDENTIALITY AND PRIVACY
- RECOGNITION OF YOUR RIGHTS
- CLEAR INFORMING REGARDING YOUR HEALTH AND OUR SERVICE
- QUALITY HEALTH CARE

...THAT IS WHY WE EXPECT THE BEST OF YOU TOO.

- RESPONSIBLE ATTITUDE REGARDING YOUR HEALTH
- RESPECT FOR PROFESSIONALS AND OTHER PATIENTS
- SUGGESTIONS FOR IMPROVING OUR SERVICES

This guide aims to help you understand the organization of this Family Health Unit (USF) and how it works, so that you can enjoy our services in the best way possible.

Try to use the services in a balanced and respectful way, please.

Please read our recommendations carefully and help us to do our best.

- ⇒ Whenever you want a face-to-face assistance from your Health Team, you must go to the administrative desk and wait for your turn.
- ⇒ The technical assistant will forward your request to the rest of the team.

You can also contact us by phone and/or email

HEALTH TEAM

DOCTORS	NURSES	TECHNICAL ASSISTANTS

We appreciate:

- The timely presence of users at the administrative desk (15-30min before the appointment), depending on the type of consultation;
- If you are unable to attend the appointment, you must cancel it at least 24 hours in advance, if possible, so that we can schedule another user who needs it.

SERVICES WE DO NOT HAVE HERE (USFRSI)

- Emergency service;
- Certificates for driving licenses and sports medical examinations.
- Completion of forms from private institutions;
- Transcription of exams for occupational medicine, insurance companies, hospital or private consultations – though it should be evaluated on a case-by-case basis by your family doctor;
- Letter and license for hunters to use and carry a weapon;
- Prescription of medicines that have not been medically prescribed.

ASSISTANCE ALTERNATIVES

The [] does not have an emergency service.
 Call 112 or go to the nearest Emergency Department.

CHUC - Hospital da Universidade de Coimbra
 Praceta Prof Mota Pinto, Coimbra; Tel.- 239 400 400

CHUC – Hospital Geral (Covões)
 Quinta dos Vales – São Martinho do Bispo; Tel.- 239 800 100

CHUC - Maternidade Bissaya Barreto
 Rua Augusta, Coimbra; Tel.- 239 488 700/ 239 480 400

CHUC - Maternidade Daniel de Matos
 Av. Dr. Miguel Torga, Coimbra; Tel.- 239 403 060

CHUC - Hospital Pediátrico
 Av. Afonso Romão, Coimbra; Tel.- 239 800 100/239 488 700

Saúde 24 - 808 24 24 24

- Suspected worsening of pre-existing pathology;
- New diseases in patients with high dependence that require clinical reassessment

Nursing criteria:

- Situation of skin integrity alteration - home visit carried out on the 1st working day, after the referral;
- Illness situation according to the assessment of the health professional – home visit within 3 working days, after the referral;
- In other situations (dependent patients requiring prevention, promotion and rehabilitation care) - home visit within 7 days, after referral;
- Women in the first 15 days postpartum;
- Newborns in the first 15 days postpartum.

EVALUATION OF AUXILIARY DIAGNOSTIC EXAMS

- When you have carried out exams and do not have a scheduled appointment, you can deliver them to technical assistant of the USF, with an on-face-to-face consultation being scheduled (there is payment of a moderator fee if it is not exempt)
- According to the results of your exams, you can be contacted by your family practitioner, otherwise you can collect them back, after 72 hours.

SUGGESTIONS AND COMPLAINTS

If you want to make a suggestion/ opinion/ complaint/ compliment or ask a question, you can use:

- Suggestion Box (existing in all Health units)
- Complaints/ Exposure Book (Yellow book—existing in all Health units)
- Email: _____
- User's Office (in the facilities of the _____ hub)
- ERS (Health Regulatory Authority): **website - <https://www.ers.pt>**
- By post: _____ Coimbra
- Health portal: infoportal@sg.min-saude.pt
- Sim-citizen form: <http://www.dgs.pt>

If you do not feel comfortable submitting them in writing, you can ask the secretariat to arrange an "interview" with the Unit Coordinator.

OPEN CONSULTATION FOR ACUTE DISEASE

This consultation works by appointment on the same day and is intended to respond, by the health team, to situations of acute illness.

Examples of symptoms of acute illness in the last 3 days are:

- *fever, cough, vomiting, diarrhea, headache, muscle pain, bone pain, sore throat, earache, lower back pain, urinary complaints, shortness of breath...*
- **worsening of a chronic problem, which requires medical evaluation to relieve complaints.**

The request for consultation must be made in person, with the administrative office, in a specific USF form.

Your Doctor/Nurse has a specific Schedule for an Open Consultation that must be respected.

The medical consultation will be carried out after medical evaluation/ assessment in order of clinical priority, if applicable.

In the event that you do not have a family doctor or your family team is unable to respond on that day, an replacement appointment will be scheduled at the USF headquarters operating in 4 daily periods, as shown:

- 10am and at 11am;
- 1pm and a 2pm;
- 4pm and at 4:30pm;
- 6pm and at 7:45pm;

RECIPIENT RENEWAL

The request for renewal of chronic prescriptions can be made: in person, via email or through the SNS website—citizen area (www.sns.gov.pt)

Your request should preferably be made **once a month** and will be answered within three working days.

MINIMUM SERVICES

When your health team is absent, the USF _____ guarantees care in the following situations:

- Response to all users in situations of acute illness; or worsening of chronic disease;
- Early diagnosis;
- Vaccination;
- First child health consultation;
- First maternal health consultation;
- Provision of contraceptives;
- Referral to IVG;
- Home visit in acute situations or worsening of chronic illnesses
- Evaluation of the result of altered MCDT's and in need of urgent referral;
- Renewal of chronic prescriptions.

OPENING HOURS

HEALTH CENTER	Mon.	Tues.	Wed.	Thurs.	Fri.
Opening	8am	8am	8am	8am	8am
Closing	8pm	8pm	8pm	8pm	8pm
Morning	8am 1:30pm	8:30am 1pm	9am 1pm	8:30am 1:30pm	8:30am 1:30pm
Afternoon	-	2pm 6pm	-	-	-
Opening	8:30am	8am	8:30am	9am	8:30am
Closing	2pm 6pm	2pm 4:30pm	-	-	-

The Unit is closed on Saturdays, Sundays and holidays.

BASIC SERVICE PORTFOLIO (Medical / Nursing)

- ⇒ Acute illness;
- ⇒ Surveillance and monitoring of chronic disease;
- ⇒ Adult Health;
- ⇒ Child and Youth Health;
- ⇒ Diabetes and Hypertension consultations
- ⇒ Women's Health (Maternal Health, Family Planning, Climacteric)
- ⇒ Breast, Cervical, and Colon Rectal Cancer Screenings;
- ⇒ Home visits;
- ⇒ Nursing Consultation (treatments, injections, vaccination)
- ⇒ Renewal of prescription for chronic illness.

All **medical and nursing appointments** can be booked in the following ways:

- ⇒ In person at the administrative desk of the USF
- ⇒ By phone: _____
- ⇒ By email: _____
- ⇒ E-Agenda, via SNS website - Citizen's area (medical appointments only) <https://www.sns.gov.pt>

HOME VISITS

They are intended for users who cannot go to the USF _____ for health reasons.

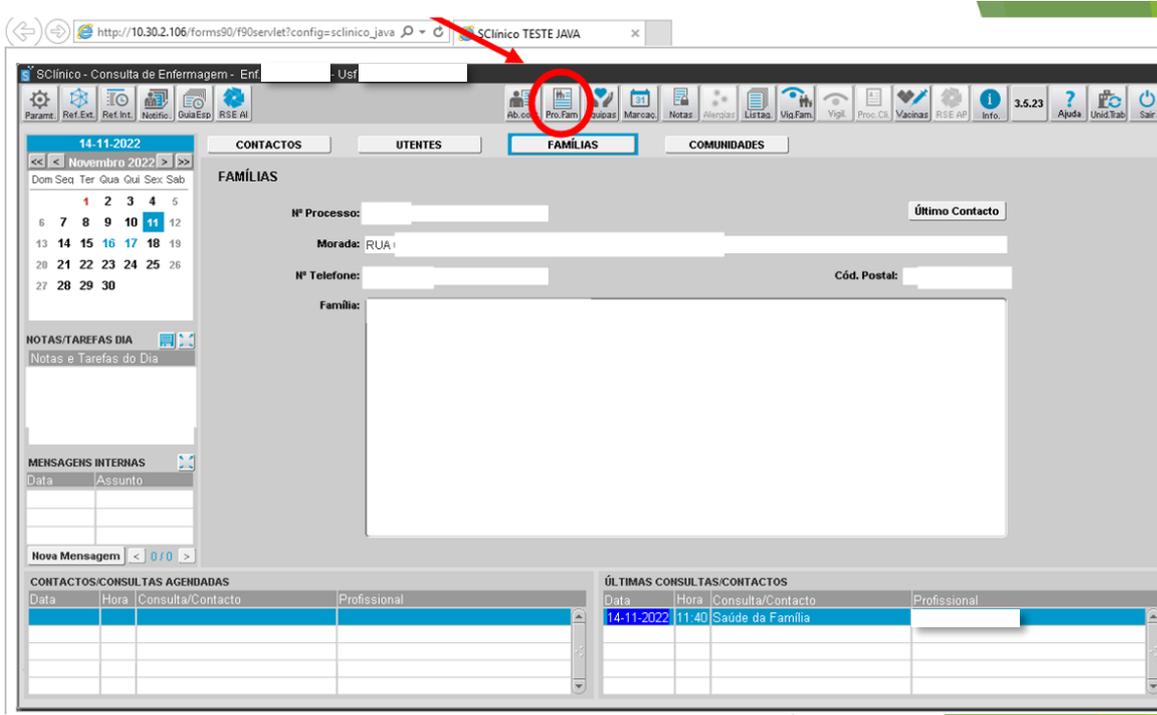
In case of acute illness, you must contact your health team and you will receive a response within 24 hours, according to the inclusion criteria:

- Terminally ill patients.
- Bedridden patients.
- Patients with disabling illness
- Patients with severe motor deficits.
- Patients at risk.
- Acute illness (concurrent with another condition described above)

Priority criteria for home visits scheduling

Acute illness situations - Medical criteria, in the first 24 hours, after contact with the health team.

APÊNDICE V: Formação acerca da proposta dedocumentação de Enfermagem de Saúde Familiar no programa SClínico (1º slide)



APÊNDICE VI: Panfleto no âmbito da promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar



GRAVIDEZ/ TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A gravidez é um dos momentos mais marcantes no ciclo de vida das famílias, pois impõe uma série de adaptações e reorganizações a vários níveis (familiares, sociais, económicas, profissionais e psicológicas) (1).

Desta forma, o período de gravidez/ transição para a parentalidade é um período de crise, para toda a família. Sendo um período de maior vulnerabilidade emocional, envolve também alguma tensão e desequilíbrio. Esta transição tem sido identificada como a transição causadora de maior stress no ciclo de vida das pessoas, tanto para a mulher como para o homem/ companheiro (a) (2).

Por este motivo, é um período favorável ao aparecimento de doenças do foro mental, como por exemplo a Depressão Pós-parto. Estes sintomas podem ser sentidos não só pela mãe, como pelo pai/ companheiro (a), na gravidez e no pós-parto (1).

Alguns estudos apontam ainda que o desenvolvimento dos bebés está diretamente relacionado com a relação com os seus pais. A depressão dos pais afeta negativamente os filhos, traduzindo-se em dificuldades no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e consequentemente em problemas de hiperatividade e socialização (3).

Aborto

O aborto, ou morte perinatal, é uma experiência dolorosa, tendo repercussões físicas, psicológicas e sociais na família. Pais e irmãos que coabitam na mesma casa, e até mesmo a família extensa (ex.: avós), sofrem consequências desta experiência. Estudos demonstram que esta experiência traz sentimentos de fracasso, angústia, medo e revolta para toda a família, mas em especial para a mulher (4).



ADOLESCÊNCIA

Os estudos apontam que as crianças e adolescentes podem apresentar alterações a nível da sua saúde e bem-estar, resultando por vezes em depressão e até mesmo em suicídio. A família do adolescente é muito importante nesta fase, pois aquilo que ele vivencia na sua família de origem, irá influenciar o seu processo de adaptação e o curso da sua história enquanto adulto. A família deve ser flexível e apoiar a criança do seu processo de ganho de autonomia, o que é essencial para atenuar os eventos stressantes do quotidiano do adolescente e maximizar o seu bem-estar. Isto previne distúrbios psicológicos mais graves, como a depressão (5).

Relacionamentos seguros pais-criança permitem a construção da autoestima do adolescente. Alguns estudos apontam que o contrário leva ao aparecimento de sintomas depressivos. Além disso, é também impressionante compreender que o comportamento/ problemas da família influencia cada um dos seus membros, pelo que os problemas dos pais (abusos de drogas/álcool, violência, distúrbios mentais, problemas conjugais/divórcio) têm impacto na saúde do adolescente (5).

"GERAÇÃO SANDUÍCHE"

A "Geração Sanduíche" representa a geração de adultos de meia idade (45 a 64 anos de idade) que cuidam simultaneamente dos pais idosos, bem como dos filhos (crianças, adolescentes, jovens adultos). Os estudos referem que esta situação pode traduzir-se em mal-estar psicológico, ansiedade, depressão, stress e sentimentos negativos, que podem resultar em alterações a nível da relação conjugal e a nível profissional (6).



"NINHO VAZIO"

A fase "ninho vazio" é a fase do ciclo de vida das famílias em que se dá a saída dos filhos de casa. O síndrome de "ninho vazio" ocorre quando essa saída é marcada por sofrimento contínuo e permanente de um ou de ambos os pais. Este período pode ser caracterizado por um conjunto de sentimentos como tristeza, angústia, medo, sofrimento, insegurança, preocupação, pânico, sendo o sentimento de "vazio" o mais relatado nos estudos. Quando estes sintomas negativos são recorrentes e persistentes no tempo, pode resultar em problemas psicológicos mais graves (7).

1
6



PANFLETO INFORMATIVO

"SAÚDE E BEM-ESTAR NAS VÁRIAS TRANSIÇÕES AO LONGO DO CICLO VITAL FAMILIAR"



SINTOMAS DE DEPRESSÃO

A depressão, de uma forma geral, pode ser diagnosticada quando a pessoa tem, durante 2 semanas seguidas (sem outras causas) perda de interesse ou humor deprimido, e pelo menos 4 destes sintomas: agitação ou lentificação, alterações do padrão de sono, perda ou ganho de apetite/peso, perda de energia, déficit de concentração, sentimentos de culpa, e ideação suicida (8).

CONCLUSÃO

Por todas as situações descritas, é importante que identifique estes sintomas precocemente, e os reporte a um profissional de saúde. Se identificar algum destes sintomas, ou em algum dos membros da sua família, não hesite em partilhar com o seu Enfermeiro de Família. Cuidando da sua saúde, está a cuidar da saúde de toda a sua família!

BIBLIOGRAFIA

1. Kjørup A, Börg E, Czapka M. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 2]; 25(2): 69-76. Available from: https://www.researchgate.net/publication/324557022_Fatores_de_risco_para_ansiedade_e_depressao_na_gestacao_Revisao_sistemática_do_artigo_s_empiricos DOI: 10.15663/2176-1019/mud.v25n2p69-76
2. Spivak P. *Promoting Health in Families: Applying family research and theory to nursing practice*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2004.
3. Fletcher R, Eapen E, Garfield C, Vignone G. The effects of early paternal depression on children's development. *MJA* [Internet]. 2011 Dec [cited 2022 Nov 2]; 195(11-12): 685-689. Available from: https://www.researchgate.net/publication/51681898_The_effects_of_early_paternal_depression_on_childrens_development DOI: 10.5694/mja11.10192
4. Sola CF, Avila MC, Padilla JMH, Medina IMF et al. Impact of Perinatal Death on The Social and Family Context of the Parents. *IJERPH* [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 Nov 2]; 17 (3421): 2-18. Available from: https://journals.lww.com/ijerph/FullText/2022/64030/Impact_of_perinatal_maternal_depression_on_children.aspx DOI: 10.3390/ijerph17103421
5. Baptista M, Baptista A, Dias R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: prof.* [Internet]. 2001 Jun [cited 2022 Nov 2]; 21(2): 1-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1414985200100200007> ISSN: 1414-9853
6. Moniz EM. *Depressão, Ansiedade e Stress em Gerações Sanduíche e no "Ninho Vazio"*. Geração Sanduíche [master's thesis on the internet]. Universidade da Beira Interior, Faculdade Ciências Sociais e Humanas, Portugal; 2019. [cited 2022 Nov 2]. 93 p. Available from: https://hdl.handle.net/10400/61010/1/729_19054.pdf
7. Sartori ACR, Zilberman ML. *Revisão do conceito de síndrome do ninho vazio*. *RPC* [Internet]. 2008 Out [cited 2022 Nov 2]; 36(3): 112-21. Available from: <https://www.scielo.br/rpc/abstract/20080900300005>
8. Bruns T. *Depressão Pós-Parto: Família em Risco*. *Qualidade de Vida em Saúde* [online]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina; 2016. [cited 2022 Nov 2]. 58 p. Available from: <https://estudogeral.sib.ucp/handle/10316/36885>

A Enfermagem de Saúde Familiar reconhece a reciprocidade dos problemas de saúde da família, ou seja, **os problemas de um elemento afetam a saúde de todos os restantes elementos da família.**

Este panfleto tem como objetivo consciencializá-lo das alterações ao nível da saúde e bem-estar da sua família.

A prevenção de doenças e a promoção da saúde é um dos aspetos mais importantes da nossa prática, e da sua saúde. **Se detetar algumas destas alterações, não hesite em dirigir-se ao seu Enfermeiro de Família!**

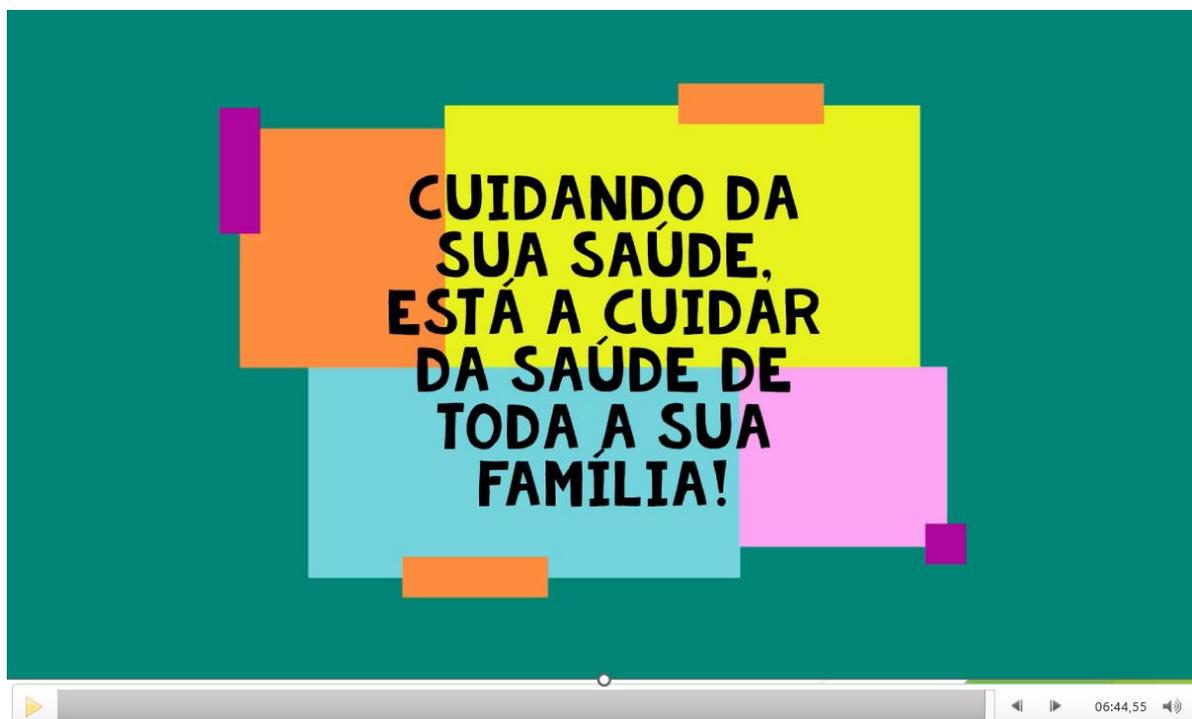
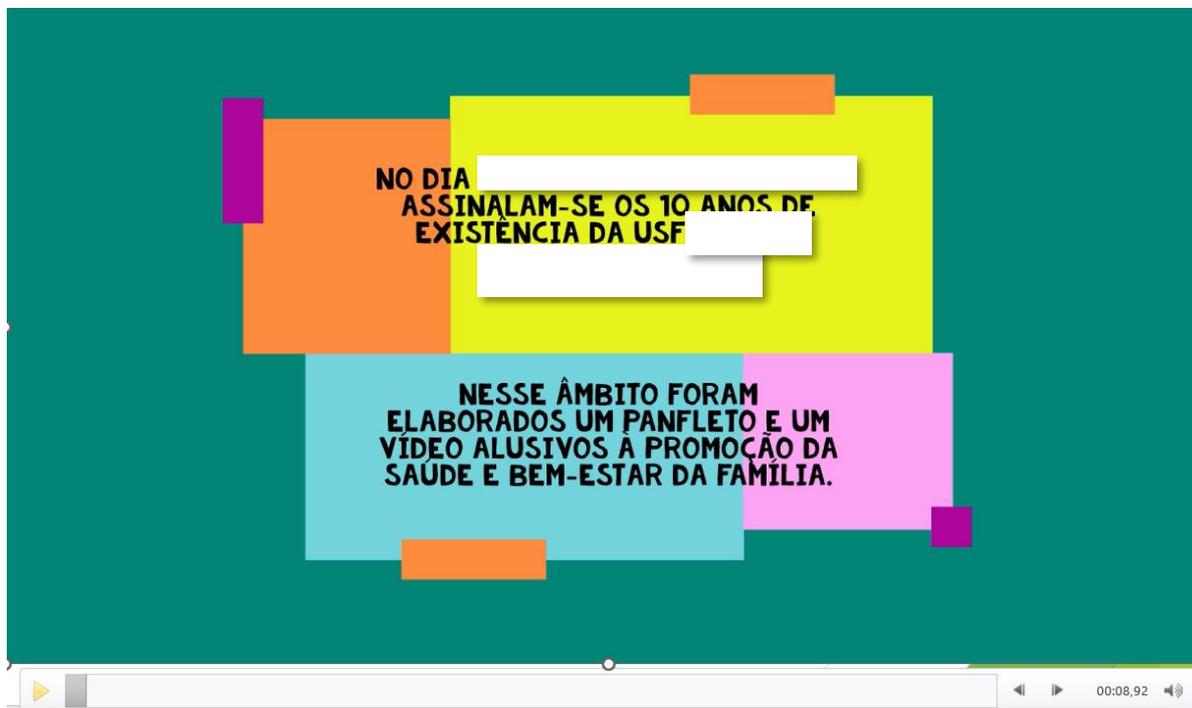
Elaborado em 11/2022
Próxima Revisão em 11/2023

Aprovado pelo:
Conselho Técnico em

Adriana Fernandes
Eunice Pedro

1

APÊNDICE VII: Vídeo no âmbito da promoção da saúde e bem-estar nas várias transições ao longo do ciclo vital familiar (trecho inicial e final)



APÊNDICE VIII: Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO

Idade: ____ anos

Sexo: M F

Estado civil atual

Solteiro

Casado

União de facto

Outro _____

Habilitações literárias: _____

Profissão: _____

Doença do foro psicológico/emocional anterior:

Não Sim Se sim, qual(ais)?: _____

Encontram-se no período de gravidez?

Não Sim Se sim, quantas semanas de gestação? _____

Encontram-se no período pós-parto?

Não Sim Se sim, quantos meses tem o seu recém-nascido? _____

ESCALA DE APGAR

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

ESCALA EASAVIC

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 expresseo 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



ANEXO 3

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky.

British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child-bearing women and matched controls.* Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

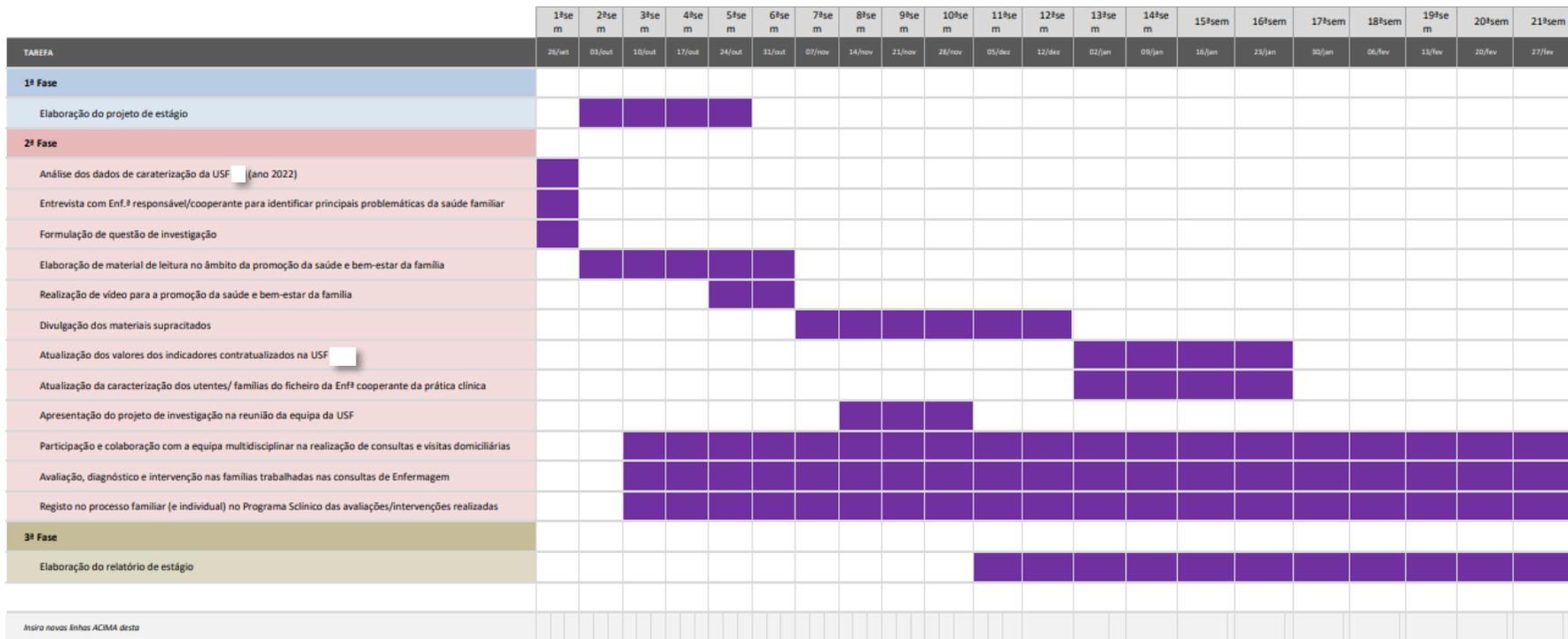
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

PROJETO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

USF
Adriana Fernandes

GRÁFICO DE GANTT SIMPLES por Vertex42.com
<https://www.vertex42.com/ExcelTemplates/simple-gantt-chart.html>



APÊNDICE IX: Cronograma do projeto de atividades de estágio

APÊNDICE X: Consentimento informado

Carta Informativa

O presente estudo “Funcionalidade Familiar na Transição para a Parentalidade” realizado por Adriana Filipa Dias Fernandes insere-se no âmbito do I Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e num Projeto de melhoria contínua da USF XXX.

A transição para a parentalidade vivencia-se desde o momento que se sabe da gravidez até ao primeiro ano após o nascimento da criança, exigindo uma série de adaptações, caracterizadas por um conjunto de comportamentos, ações e expectativas dos futuros pais. Esta transição é uma das que causa mais stress na vida das pessoas, traduzindo-se em alterações ao nível da saúde mental e da satisfação conjugal, repercutindo-se ao nível funcional da família e no desenvolvimento do bebé.

Para compreender como estes fatores se relacionam foram delineados como objetivos:

- 1) Avaliar a funcionalidade das famílias em transição para a parentalidade;
- 3) Conhecer a satisfação com as áreas da vida conjugal nesta transição;
- 2) Identificar fatores sociodemográficos, obstétricos, satisfação conjugal e estado emocional relacionados com a funcionalidade destas famílias.

Os resultados obtidos pretendem dar contributos para melhorar a qualidade continua dos cuidados prestados às famílias a vivenciar este período de transição.

A sua participação neste estudo será voluntária, não sendo constituída qualquer penalização caso não venha a ceder a sua colaboração na presente colheita de dados.

Mais se garante que qualquer futura divulgação dos resultados decorrente desta colheita de dados será realizada de forma global, **mantendo sempre a confidencialidade da informação**.

Assinatura da Investigadora

Data: ___ / ___ / ___

Contactos:

Enfermeira Cooperante XXX, Investigadora XXX

Declaração Consentimento

Eu, _____, declaro que concordo em participar no estudo intitulado “Funcionalidade Familiar na Transição para a Parentalidade” desenvolvido pela mestranda Adriana Filipa Dias Fernandes, a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Afirmo que aceitei participar por minha livre vontade no âmbito da investigação acima identificada. Fui informado(a), dos objetivos do estudo e a minha colaboração concretizar-se-á através do preenchimento do questionário.

Fui informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer prejuízo para as minhas relações futuras com a instituição, e que será mantida a confidencialidade da informação prestada no âmbito do presente estudo.

Assentimento (concordância):

A sua assinatura indicará que aceitou participar voluntariamente no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Tabela 1 – FAMÍLIA 1

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
23 e 28	Solteiros	Ensino obrigatório	5 e 9	não	Pós-parto, 4 meses	masculino	FAF (7)	SC (159)	S/PD (6)
						feminino	FAF (7)	SC (172)	<u>C/PD (18)</u>

Tabela 2 – FAMÍLIA 2

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
27 e 28	Solteiros	Ensino obrigatório e licenciatura	5 e 8	não	Pós-parto, 0 meses	masculino	FAF (10)	SC (216)	S/PD (2)
						feminino	<u>FMD (5)</u>	SC (196)	<u>C/PD (15)</u>

Tabela 3 – FAMÍLIA 3

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
34 e 34	União de facto	Ensino obrigatório e licenciatura	0 e 2	não	Gravidez, 33 semanas	masculino	FAF (10)	SC (245)	S/PD (7)
						feminino	FAF (8)	SC (229)	S/PD (9)

Tabela 4 – FAMÍLIA 4

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
40 e 43	União de facto	Licenciatura	2 e 5	não	Pós-parto, 0 meses	masculino	FAF (7)	SC (213)	S/PD (9)
						feminino	FAF (10)	SC (255)	S/PD (9)

Tabela 5 – FAMÍLIA 5

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
32 e 33	União de facto	Ensino obrigatório e > licenciatura	2 e 5	não	Pós-parto, 2 meses	masculino	FAF (10)	SC (249)	S/PD (1)
						feminino	FAF (9)	SC (242)	S/PD (7)

Tabela 6 – FAMÍLIA 6

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
23 a 25	União de facto	Ensino obrigatório e licenciatura	2 e 9	Sim, ataques pânico e ansiedade	Pós-parto, 29meses	masculino	FAF (7)	SC (186)	S/PD (4)
						feminino	FAF (8)	<u>NSC (98)</u>	<u>C/PD (13)</u>

Tabela 7 – FAMÍLIA 7

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
31 e 31	União de facto	Ensino obrigatório e licenciatura	2 e 4	Sim, ansiedade e comportamento obsessivo	Pós-parto, 0 meses	masculino	FAF (8)	SC (219)	S/PD (11)
						feminino	FAF (7)	SC (224)	S/PD (9)

Tabela 8 – FAMÍLIA 8

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
29 e 36	Casados	> Licenciatura	2	Não	Pós-parto, 0 meses	masculino	FAF (10)	SC (218)	S/PD (3)
						feminino	FAF (10)	SC (249)	S/PD (5)

Tabela 9 – FAMÍLIA 9

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
30 e 36	União de facto	> Licenciatura	2	Não	Gravidez, 33 semanas	masculino	FAF (8)	SC (257)	S/PD (4)
						feminino	FAF (9)	SC (261)	S/PD (11)

Tabela 10 – FAMÍLIA 10

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
32 e 35	Casados	Ensino obrigatório e > licenciatura	2 e 5	Não	Gravidez, 34 semanas	masculino	FAF (10)	SC (234)	S/PD (1)
						feminino	FAF (10)	SC (259)	S/PD (2)

Tabela 11 – FAMÍLIA 11

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
39 e 40	Solteiros	Licenciatura e > licenciatura	2	Não	Pós-parto, 1 mês	masculino	FAF (10)	SC (243)	S/PD (5)
						feminino	FAF (9)	SC (232)	<u>C/PD (13)</u>

Tabela 12 – FAMÍLIA 12

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
31 e 33	Casados	Licenciatura e > licenciatura	1 e 2	Não	Pós-parto, 9 meses	masculino	FAF (10)	SC (238)	S/PD (9)
						feminino	FAF (10)	SC (245)	S/PD (1)

Tabela 13 – FAMÍLIA 13

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
36 e 38	União de facto	> Licenciatura	1 e 2	Sim, depressão	Pós-parto, 4 meses	masculino	FAF (8)	SC (136)	<u>C/PD (12)</u>
						feminino	FAF (8)	SC (167)	<u>C/PD (18)</u>

Tabela 14 – FAMÍLIA 14

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
33 e 33	Solteiros	Ensino obrigatório e licenciatura	3 e 4	Não	Gravidez, 33 semanas	masculino	FAF (9)	SC (227)	S/PD (8)
						feminino	FAF (7)	SC (192)	S/PD (8)

Tabela 15 – FAMÍLIA 15

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
30 e 34	Casados	> licenciatura	2 e 3	Não	Gravidez, 35 semanas	masculino	FAF (8)	SC (232)	S/PD (5)
						feminino	FAF (10)	SC (259)	S/PD (9)

Tabela 16 – FAMÍLIA 16

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
32 e 41	Casados	Licenciatura	2 e 3	Não	Gravidez, 35 semanas	masculino	FAF (8)	SC (194)	S/PD (8)
						feminino	FAF (10)	SC (208)	S/PD (3)

Tabela 17 – FAMÍLIA 17

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
34 e 34	Casados	Licenciatura e > licenciatura	1 e 2	Não	Gravidez, 21 semanas	masculino	FAF (10)	SC (256)	S/PD (0)
						feminino	FAF (10)	SC (261)	S/PD (9)

Tabela 18 – FAMÍLIA 18

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
33 e 40	União de facto	> Licenciatura	1	Não	Pós-parto, 6 meses	masculino	FAF (10)	SC (224)	S/PD (7)
						feminino	FAF (9)	SC (193)	S/PD (5)

Tabela 19 – FAMÍLIA 19

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
36 e 40	Solteiros	Ensino obrigatório e > licenciatura	5	Sim, depressão	Gravidez, 35 semanas	masculino	FAF (8)	SC (260)	S/PD (3)
						feminino	FAF (7)	SC (211)	S/PD (7)

Tabela 20 – FAMÍLIA 20

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
28 e 28	Solteiros	Ensino obrigatório	7 e 8	Não	Gravidez, 17 semanas	masculino	FAF (9)	SC (205)	S/PD (4)
						feminino	FAF (10)	SC (211)	S/PD (4)

Tabela 21 – FAMÍLIA 21

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
23 e 30	Solteiros	< ensino obrigatório e ensino obrigatório	5 e 8	Não	Pós-parto, 0 meses	masculino	FAF (10)	SC (262)	S/PD (8)
						feminino	FAF (8)	SC (235)	<u>C/PD (12)</u>

Tabela 22 – FAMÍLIA 22

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
30 e 33	Casados	Ensino obrigatório e > licenciatura	2 e 5	Não	Gravidez, 13 semanas	masculino	FAF (10)	SC (247)	S/PD (0)
						feminino	FAF (10)	SC (246)	S/PD (4)

Tabela 23 – FAMÍLIA 23

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
31 e 36	Casados	> licenciatura	2 e 4	Não	Gravidez, 29 semanas	masculino	FAF (9)	SC (191)	S/PD (4)
						feminino	FAF (7)	SC (207)	S/PD (5)

Tabela 24 – FAMÍLIA 24

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
32 e 34	Casados	> licenciatura	2	Não	Gravidez, 17 semanas	masculino	FAF (8)	SC (208)	S/PD (8)
						feminino	FAF (10)	SC (241)	S/PD (10)

Tabela 25 – FAMÍLIA 25

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
34 e 38	Solteiros	Ensino obrigatório e licenciatura	5 e 7	Não	Gravidez, 38 semanas	masculino	FAF (8)	SC (201)	S/PD (4)
						feminino	FAF (8)	SC (199)	S/PD (8)

Tabela 26 – FAMÍLIA 26

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
29 e 30	Solteiros	Ensino obrigatório e licenciatura	4 e 5	Sim, ansiedade e comportamento obsessivo	Gravidez, 9 semanas	masculino	FAF (10)	SC (153)	S/PD (11)
						feminino	FMD (6)	SC (177)	S/PD (7)

Tabela 27 – FAMÍLIA 27

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
25 e 25	Solteiros	Ensino obrigatório	5	Não	Pós-parto, 5 meses	masculino	FAF (10)	SC (234)	S/PD (0)
						feminino	FAF (9)	SC (230)	S/PD (0)

Tabela 28 – FAMÍLIA 28

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
31 e 33	União de facto	Ensino obrigatório	5 e 7	Não	Gravidez, 5 semanas	masculino	FAF (10)	SC (254)	S/PD (2)
						feminino	FAF (10)	SC (258)	S/PD (2)

Tabela 29 – FAMÍLIA 29

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
25 e 25	União de facto	Ensino obrigatório	5 e 8	Não	Gravidez, 35 semanas	masculino	FAF (9)	SC (194)	S/PD (0)
						feminino	FAF (8)	SC (208)	S/PD (7)

Tabela 30 – FAMÍLIA 30

Idades	Estado civil	Habilitações literárias	Profissões (categoria)	Doenças psicológicas?	Gravidez/ Pós-parto	Resultados escalas (pontos)			
						Sexo	APGAR	EASAVIC	EPDS
34	Casados	Licenciatura e > licenciatura	2	Não	Pós-parto, 9 meses	masculino	FAF (7)	SC (179)	S/PD (4)
						feminino	FMD (6)	SC (217)	S/PD (9)

Legenda: FAF – Família altamente funcional; FMD – Família moderadamente disfuncional; NSC – Não satisfação conjugal; SC – Satisfação conjugal; S/PD – Sem probabilidade de depressão; C/PD – Com probabilidade de depressão.

APÊNDICE XII: Proposta de protocolo de atuação com as famílias em transição para a parentalidade

Após identificar as famílias que se encontrem no período de transição para a parentalidade, ou seja, apresentem-se no período de gravidez do seu primeiro filho, seguir o protocolo de atuação infracitado.

1º momento (consulta de Saúde Materna durante o 1º trimestre de gravidez):

- Aplicar Escalas integrantes no protocolo de investigação (Escala APGAR Familiar, Escala EASAVIC e Escala EPDS) aos dois elementos do casal;
- Quando possível, realizar entrevista de saúde familiar com ambos os elementos do casal;
- Documentar apropriadamente no Processo familiar do sistema de informação SCLÍNICO, a entrega dos questionários, e os dados obtidos na entrevista de saúde familiar.

(Caso a grávida se apresente na consulta sozinha, agendar próximo momento com ambos os elementos do casal)

2º momento

- Avaliar resultados das escalas aplicadas;
- Formular diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar;
- Realizar nova entrevista com a família para comunicar os resultados obtidos;
- Documentar os anteriores no Processo familiar do sistema de informação SCLÍNICO;
- Se os resultados das escalas revelarem alterações passíveis de intervenção:
 - Agendar nova consulta de reavaliação com o Enfermeiro de família, para seguimento;
 - Referenciar para o Médico de Família, Psicólogo e/ou outros profissionais de saúde, caso seja vontade da família;
- Agendar nova consulta de enfermagem de saúde familiar entre o 2º e 3º mês pós-parto.

3º momento (entre o 2º e 3º mês pós-parto)

- Realizar nova consulta de enfermagem de saúde familiar com toda a família;
- Reavaliar situação dos momentos anteriores, e aplicar novamente as escalas (APGAR Familiar, EASAVIC e EPDS);
- Reavaliar Diagnósticos de enfermagem e formular intervenções de acordo com os anteriores.