



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Francisca Marques Graça

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**SATISFAÇÃO CONJUGAL EM CASAIS COM FILHOS
PEQUENOS (ATÉ 12 MESES DE IDADE)**

**Relatório Final de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem
Comunitária na Área da Saúde Familiar orientado pela Professora
Mestre Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas e coorientado
pelo Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva, apresentado à
Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2025



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Francisca Marques Graça

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**SATISFAÇÃO CONJUGAL EM CASAIS COM FILHOS
PEQUENOS (ATÉ 12 MESES DE IDADE)**

**Relatório Final de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem
Comunitária na Área da Saúde Familiar orientado pela Professora
Mestre Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas e coorientado
pelo Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva, apresentado à
Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2025

AGRADECIMENTOS

Ao concluir mais uma etapa do meu percurso acadêmico repleto de muitos desafios, não poderia deixar de agradecer a todos os que deram o seu contributo nesta caminhada, sem os quais seria ainda mais complexo o seu término.

À Professora Marina Vaquinhos, a nível académico como orientadora, pela sua presença, disponibilidade, apoio e orientação ao longo de todo o percurso realizado, mas também a nível pessoal por toda a confiança e incentivo que me devotou. OBRIGADA

Ao Professor Doutor Armando Silva, coorientador por toda a sua disponibilidade, ensinamentos e apoio na sua área predileta que é a investigação. OBRIGADA

À Enfermeira Orientadora Cooperante da prática clínica por todo o carinho com que me recebeu e toda a disponibilidade demonstrada desde o primeiro dia para me ensinar e ajudar neste percurso. OBRIGADA

À restante equipa da Unidade de Saúde Familiar que me acolheram desde o início e me fizeram sentir parte da equipa. OBRIGADA

Às famílias que aceitaram participar no estudo, pela sua disponibilidade e confiança em mim depositadas na partilha das suas vivências. OBRIGADA

À minha família, em especial os meus pais, o meu marido e a minha filha por nunca me deixarem desistir e segurarem muitas vezes o barco de casa. OBRIGADA

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Enquadramento: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar é o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, tendo assim como missão a prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital. A transição para a parentalidade é uma das transições mais impactantes na vida de uma família, tornando-se a conjugalidade um desafio nesta fase devido às mudanças na dinâmica e estrutura familiar.

Objetivos: Apresentar uma reflexão crítica sobre as atividades clínicas realizadas ao longo da prática clínica com vista ao desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar e ainda, descrever o estudo de investigação realizado intitulado: “Satisfação conjugal em casais com filhos pequenos (até 12 meses de idade)”.

Metodologia: Na componente clínica foi realizada a avaliação e intervenção de famílias pertencentes ao ficheiro de saúde familiar sustentada por instrumentos de avaliação familiar como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Na componente de investigação foi realizado um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa através da aplicação de um questionário constituído por questões sociodemográficas, pela Escala de Graffar e pela Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. A amostra foi composta por 25 casais que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

Resultados: A utilização de referenciais teóricos e operativos de enfermagem de saúde familiar foi relevante para o desenvolvimento de cuidados às famílias. A satisfação conjugal na parentalidade tende a melhorar ao longo dos anos, e são os homens quem apresenta maior satisfação conjugal, exceto na dimensão rede social. A dimensão com maior nível de satisfação foi a intimidade emocional, com uma média de 4,7 (DP=1,32; mínimo=1,50; máximo=6). Em contrapartida, a satisfação com os tempos livres revelou-se a mais baixa, com uma média de 3,53 (DP=0,89, mínimo=1; máximo=5,50).

Conclusão: A prática clínica contribuiu significativamente para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar. Destaca-se a necessidade de aprofundar a investigação em enfermagem de saúde familiar, particularmente na área da parentalidade, com vista a compreender melhor as necessidades das famílias e promover cuidados de saúde mais personalizados, sustentados pela evidência científica mais atual.

Palavras-Chave: Família, Parentalidade, Satisfação Conjugal, Enfermagem Familiar

ABSTRACT

Background: The family health nursing specialist is the reference professional who ensures specialized support for the family, serving as a care unit throughout the life cycle. Their mission is to provide specific care during the different phases of the life cycle. The transition to parenthood is one of the most impactful transitions in a family's life, making the couple's relationship a challenge during this phase due to changes in family dynamics and structure.

Objectives: Present a critical reflection on the clinical activities carried out throughout the clinical practice aimed at developing both the common competencies of the specialist nurse and the specific skills of the specialist in community nursing within the area of family health. Additionally, describe the research study titled: "Marital Satisfaction in Couples with Young Children (up to 12 months old).

Methodology: In the clinical component, an assessment and intervention were carried out with families from the family health file, supported by family assessment tools such as the Dynamic Family Assessment and Intervention Model. In the research component, a cross-sectional, descriptive-correlational study with a quantitative approach was conducted through the application of a questionnaire consisting of sociodemographic questions, the Graffar Scale, and the Marital Areas of Assessment Scale. The sample consisted of 25 couples who met the previously defined inclusion criteria.

Results: The use of theoretical and operational frameworks from family health nursing was relevant for the development of family care. Marital satisfaction during parenthood tends to improve over the years, and men generally report higher levels of marital satisfaction, except in the social network dimension. The dimension with the highest satisfaction level was emotional intimacy, with a mean of 4.7 (SD=1.32; minimum=1.50; maximum=6). Conversely, satisfaction with leisure time was the lowest, with a mean of 3.53 (SD=0.89; minimum=1; maximum=5.50).

Conclusion: Clinical practice contributed significantly to the acquisition and development of both common and specific competencies of the Nurse Specialist in Community Health Nursing, particularly in the area of Family Health. The need to further research in family health nursing is highlighted, especially in the area of parenting, with the aim of better understanding families' needs and promoting more personalized health care, supported by the most up-to-date scientific evidence.

Keywords: Family, Parenthood, Marital Satisfaction, Family Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

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

CSP- Cuidados de Saúde Primários

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

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESEnfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF- Enfermagem de Saúde Familiar

IDE- Índice de Desempenho da Equipa

IDG- Índice de Desempenho Global

IDS- Índice de Desempenho Setorial

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

OE- Ordem dos Enfermeiros

PNS- Plano Nacional de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU- Registo Nacional de Utentes

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UF- Unidade Funcional

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSMT- Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

URAP- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF.....	20
Figura 2. Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira cooperante.....	22
Figura 3. Distribuição dos tipos de família.....	23
Figura 4. Distribuição das famílias no ciclo de vida de Duvall.....	24
Figura 5. Tipologia Familiar das Famílias.....	30
Figura 6. Classe Social das Famílias.....	31
Figura 7. Estádios do Ciclo de Duvall das famílias.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das famílias do ficheiro da enfermeira cooperante por agregado familiar.....	22
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	53
Tabela 3. Resultados obtidos nas dimensões EASAVIC.....	54
Tabela 4. Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável sexo com o teste U Mann- Whitney.....	55
Tabela 5. Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável grupo etário com o teste H de Kruskal-Wallis.....	55
Tabela 6. Análise dos resultados do teste de correlação de Spearman das dimensões EASAVIC por idade.....	56
Tabela 7. Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável classe social com o teste H de Kruskal-Wallis.....	57
Tabela 8. Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável tempo de relacionamento com o teste H de Kruskal-Wallis.....	58

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I- COMPONENTE CLÍNICA	15
1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	16
1.1.CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE	16
1.2.CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR.....	20
2.PROCESSOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	25
2.1.COMPETÊNCIAS COMUNS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
2.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	27
CAPÍTULO II- COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	41
1.JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	42
2.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
2.1.TIPO DE ESTUDO	46
2.2.OBJETIVOS DO ESTUDO	46
2.3.POPULAÇÃO E AMOSTRA	47
2.4.PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	47
2.5.PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	49
2.6.PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	50
3.APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
3.1.CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	52
3.2.ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
3.3.DISCOSSÃO DE RESULTADOS	58
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ANEXOS

ANEXO 1- Diploma de participação no II Congresso Internacional “A Família no Epicentro da ESF”

ANEXO 2- Poster apresentado no II Congresso Internacional “A Família no Epicentro da ESF”

ANEXO 3- Diploma de participação no XVI Fórum Internacional de Úlceras e feridas

ANEXO 4- Autorização da autora para utilizar a escala e dados psicométricos cedidos

ANEXO 5- Autorização da coordenadora da USF

ANEXO 6- Autorização da enfermeira cooperante

ANEXO 7- Autorização da Comissão de Ética da ULSMT

ANEXO 8- Autorização da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Apresentação “Instrumentos de avaliação Familiar e Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar”

APÊNDICE 2- Folheto “Fatores protetores da parentalidade”

APÊNDICE 3- Instrumento de recolha de dados

APÊNDICE 4- Consentimento Informado entregue aos participantes

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se integrado no plano de estudos do segundo ano, 3º semestre do III Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária- Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), no ciclo de estudos dos Mestrados em Enfermagem para obter o título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) é necessário a realização de um relatório final da componente clínica “que visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização do Estágio, acompanhado por uma reflexão teórica e interpretação crítica (...) o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do EE”. (OE, 2021, p.4).

O mestrado contemplou a realização de dois estágios que decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à Unidade Local de Saúde Médio Tejo (ULSMT), com supervisão clínica de uma enfermeira mestre e especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. O primeiro momento, Prática Clínica de ESF, decorreu entre 15 de abril de 2024 a 6 de julho de 2024, num total de 405 horas e o segundo momento, Estágio com Relatório realizou-se no período de 16 de setembro de 2024 a 21 de fevereiro de 2025, com um total de 496 horas.

Os objetivos de aprendizagem e competências em ambas as UC, foram delineados de acordo com o plano de estudos e tendo em conta os Guias Orientadores da UC Prática Clínica de ESF e Estágio com Relatório. É esperada a aquisição de competências comuns de enfermagem especializada nomeadamente: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; da “Melhoria contínua da qualidade”; da “Gestão de cuidados”; e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº140/2019,p.4745), e de competências específicas especializadas em enfermagem de saúde familiar “ Cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “ Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento, nº428/2018,pp.19357-19358).

Segundo o International Council of Nurses (2018), família é o conjunto de pessoas ligadas através de laços de sangue, relações emocionais ou legais que constituem um sistema. A família enquanto unidade sistémica, de transformação apresenta capacidade auto-organizativa, sendo representada como uma organização de relações dinâmicas, complexas e contextuais em constante interação com o meio (Figueiredo, 2012).

A enfermagem de saúde familiar foca-se na família como unidade de cuidados, promovendo a saúde e bem-estar da mesma ao longo do ciclo vital. Ao considerarmos a família como um todo, consideramos que a saúde inclui o ambiente interno e externo, ajudando-nos a compreender a necessidade de ter em conta a interação na família e as suas funções, decorrendo a saúde da dinâmica desenvolvida no seio familiar (Hanson, 2005).

Em 2005, ocorreu a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com a finalidade de melhorar os cuidados de saúde, tendo como foco a acessibilidade, organização, pontualidade, facilidade e conforto na utilização dos serviços, tentando satisfazer tanto os utentes como os profissionais. Assim, surgiram as USF através do envolvimento dos profissionais de saúde em processos de candidatura de forma voluntária para a criação de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, dotadas de autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional. Estas equipas são multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos (Biscaia & Heleno, 2016). No ano seguinte, as restantes dimensões dos CSP reorganizaram-se com a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (AceS), sendo estes serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas Administração Regional de Saúde (ARS), mas sempre sob o seu poder de direção, com a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Os AceS são constituídos por diversas unidades funcionais (UF), como as USF, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Biscaia e Heleno, 2016).

Existem três modelos de USF, assumindo diferentes patamares de autonomia entre eles, correspondendo distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva. O modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem, onde o trabalho em equipa de saúde familiar vai sendo aperfeiçoado, e as suas regras e remunerações são definidas pela Administração Pública, com possibilidade de contratualizar uma carteira de serviços adicional que é paga como trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas que pode trazer incentivos institucionais que permitem investir na USF. O Modelo B, é constituído por equipas com mais maturidade organizacional que aceitam um nível de contratualização de desempenho mais exigente, e tem um regime retributivo especial para os médicos, incentivos financeiros para os enfermeiros e secretários clínicos, havendo também a possibilidade de contratualizar indicadores relacionados com incentivos institucionais como no modelo A. Por último, o Modelo C, é um modelo experimental de carácter supletivo no que toca às insuficiências pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), abrangendo os setores social, cooperativo e privado, não existindo ainda nenhum até à data (Biscaia e Heleno, 2016).

Com o aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, aliados ao envelhecimento e à carga de doença, é necessário que o SNS continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, seguindo para isso modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, tendo sempre como foco a pessoa. A existência de um modelo integrado de cuidados permite a obtenção de ganhos em saúde, pela proximidade das decisões e pelo incremento da autonomia, tornando-se os CSP a base do sistema. Assim, no dia 1 de janeiro de 2024, arrancou uma nova fase da reforma organizativa do SNS, com o alargamento a todo o território nacional das Unidades Locais de Saúde (ULS), de modo a facilitar o percurso das pessoas no sistema de saúde ao integrar numa única gestão os centros hospitalares, os hospitais, ACeS e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de uma determinada área geográfica. Neste âmbito foram criadas 31 novas ULS, juntando-se às 8 já existentes, visando a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade e ainda a promoção da saúde (Decreto-Lei n.º102/2023 do Ministério da Saúde, 2023). Os CSP são o pilar do SNS Português, pois deste emergem instituições que promovem e vigiam a saúde das famílias no decorrer do seu ciclo vital. O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, ao estabelecer uma relação próxima com a família e deter conhecimento das mesmas ao longo do seu ciclo vital, é privilegiado e apresenta um papel fundamental na avaliação e intervenção do sistema familiar, prestando apoio nos diversos processos de transição, antecipando necessidades sempre que possível (Silva, 2016). Para que o enfermeiro de família promova a capacitação da família para enfrentar as transições com que se deparam ao longo do ciclo vital, é necessário que o mesmo se encontre em constante aprendizagem sustentada com treino e reflexão que potencialize a mobilização de saberes específicos da área (Figueiredo, 2023).

Nas últimas décadas, a sociedade portuguesa sofreu transformações que implicaram significativas mudanças na estrutura e organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interações conjugais, mesmo nas estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares. No entanto, a família continua a considerar-se como uma unidade emocional e afetiva, sendo considerada um espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como uma unidade transformativa e auto-organizativa (Figueiredo, 2009).

A realização deste documento pretende apresentar uma descrição crítica das atividades clínicas desenvolvidas e do seu contributo para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional, utilizando linguagem disciplinar baseada no pensamento teórico de enfermagem e com base na evidência científica mais recente no domínio da

Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Para além da componente prática, ao longo da UC “Estágio com Relatório” foi desenvolvida uma investigação, que resultou num estudo intitulado “Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade”. Este estudo teve como objetivo responder às seguintes questões: Qual é o nível de satisfação conjugal das famílias com filhos pequenos?” e “Qual é a influência dos fatores sociodemográficos na satisfação conjugal de famílias com filhos pequenos?”.

Para a elaboração do relatório foi realizada consulta e análise de documentação da USF e de sistemas de documentação e informação, como o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), SClinico, orientações políticas nacionais e internacionais e documentos orientadores da Ordem do Enfermeiros. Para além disto foi ainda realizada pesquisa em bases de dados científicas.

O presente documento encontra-se estruturado em dois capítulos, o primeiro contém a caracterização do contexto clínico onde foi realizada a prática clínica especializada e a descrição e análise crítica de atividades e competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio; o segundo capítulo diz respeito ao estudo de investigação primária, encontrando-se descrito o processo de investigação, justificação e enquadramento da problemática onde se expõe a pertinência do mesmo, os procedimentos metodológicos e ainda a apresentação e discussão de resultados obtidos.

Por último, encontram-se enunciadas as principais conclusões obtidas através da realização deste relatório, refletindo sobre as competências adquiridas e aprofundadas e também sobre as dificuldades e limitações sentidas pela mestranda, finalizando-se com sugestões de futuras investigações.

Este documento foi elaborado segundo as normas do Guia de Realização de Trabalhos Escritos da ESEnfC (Conselho Pedagógico,) e segundo as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio em vigor na ESEnfC.

CAPÍTULO I- COMPONENTE CLÍNICA

Este capítulo diz respeito à caracterização do contexto clínico onde decorreu o percurso de aprendizagem em dois momentos distintos, e à caracterização do ficheiro de utentes da equipa de saúde familiar a nível familiar, social e cultural. Posteriormente, encontra-se uma descrição sobre as atividades desenvolvidas e desenvolvimento de Competências Comuns do EE e Competências Específicas do EEESF.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O contexto clínico é representado pela UF onde decorreram as práticas clínicas que permitiram o aprofundamento e aquisição de competências. Como referido anteriormente, ambas as UC decorreram no mesmo contexto clínico, numa USF pertencente à ULSMT.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

Como já referido anteriormente, ambas as UCs decorreram no mesmo contexto clínico, numa USF pertencente à ULSMT. Ao longo do documento não irá ser mencionado o nome da USF, mantendo-se o anonimato da mesma, de acordo com o Artigo n. º106 do Dever de Sigilo, encontrando-se o enfermeiro obrigado a guardar segredo profissional sobre o conhecimento que adquire ao longo do exercício da sua profissão (DL n. º104/98). A ULSMT iniciou a sua atividade a 1 de janeiro de 2024 e é constituída pelo Hospital Dr. Manoel Constâncio (Abrantes), pelo Hospital Nossa Senhora da Graça (Tomar), pelo Hospital Rainha Santa Isabel (Torres Novas) e por 35 UCSP entre as quais a USF onde decorreu a prática clínica. Dá resposta utentes dos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei.

A missão da ULSMT é a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional ao longo de todo o ciclo vital, estabelecendo assim um forte vínculo de confiança nos colaboradores e nos utentes, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, valorizando-se os profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. Assim, a ULSMT trabalha para ser reconhecida como uma organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção de doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, sendo centrados na pessoa, família e comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos.

A USF é uma unidade elementar, classificada como Modelo B, que exerce a sua função num Centro de Saúde (CS), numa zona urbana e é composta atualmente por oito médicos, oito enfermeiros (apenas a enfermeira cooperante possui especialização em enfermagem de saúde familiar), seis secretários clínicos e três internos que prestam cuidados de saúde individuais e familiares. É dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica integrada na rede juntamente com as outras unidades funcionais da ULSMT.

A presente unidade iniciou funções em 2010, apresentando como missão, a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica de abrangência, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade de cuidados, promovendo sempre a humanização e satisfação quer dos utentes quer dos profissionais de saúde (USF, 2025).

O Centro de Saúde onde a USF presta serviços é partilhado com a UCSP constituída por diversos profissionais para os quais podem ser referenciados os utentes da USF, nomeadamente Nutricionista, Psicólogo, Técnica de Cardiologia, Dentista e Higienista Oral. Os utentes acima mencionados podem também ser referenciados para a RNCCI pertencente à Unidade de Saúde Pública (USP). A estrutura física da unidade é composta por quatro gabinetes de enfermagem, oito gabinetes médicos, quatro gabinetes de médicos internos, duas salas de tratamento, dois espaços administrativos, uma biblioteca, uma farmácia, uma sala de tratamento de resíduos, uma copa para o pessoal, duas salas de espera e quatro WC, dois para profissionais e outros dois para os utentes, inclusive utentes com mobilidade reduzida.

A USF possui uma carteira de serviços disponibilizada aos utentes inscritos nas freguesias do concelho onde se encontra sediada. Caso os utentes não sejam residentes no concelho em questão, mas encontrem-se inscritos na mesma nesta unidade e necessitem de serviço domiciliário, é delegado o serviço numa unidade de saúde mais próxima da residência do utente mediante acordo de cooperação (USF, 2025).

São disponibilizados os seguintes serviços pela USF:

- 1) **Consulta Programada:** Consulta agendada por iniciativa do utente ou da sua equipa de família para vigiar a sua saúde e/ou doença crónica, de acordo com o plano de saúde individual previamente definido com a equipa de família. É marcada com antecedência através de qualquer meio de comunicação e preferencialmente dentro do horário de trabalho da respetiva equipa de família. Existem diversos tipos de consultas tais como: Diabetes, Hipertensão, Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Consulta não Presencial ou Vacinação;
- 2) **Consulta Aberta:** Consulta marcada no próprio dia pelo utente devido ao aparecimento de um problema de saúde ou agudização de outros já existentes. É uma consulta de atendimento rápido (máximo de 13 minutos) e no próprio dia da marcação. Esta consulta pode ser marcada por telefone ou presencialmente, oferecendo-se a próxima vaga de consulta aberta disponível no horário de toda a equipa médica. Este tipo de consultas permite melhorar a resposta e a existência de vagas disponíveis para

situações que respondam aos critérios que surjam ao longo do horário de funcionamento da unidade;

- 3) **Visitação Domiciliária:** Consulta efetuada no domicílio do utente que se encontra em situação de dependência ou cujo estado de saúde não aconselhe a deslocação à USF (comprovadamente). Pode ter características de consulta programada ou consulta aberta, sendo que, neste caso, desde que a situação seja do âmbito dos cuidados de saúde primários, é assegurada uma resposta num prazo de 24 horas após aceitação do pedido. Os critérios de inclusão e prioridade para a visita domiciliária são os seguintes: Doença crónica incapacitante e sua agudização; Utentes com dependência física temporária; Utentes com dificuldade de mobilização; Utentes dependentes e grandes dependentes; Puérperas e recém-nascidos vigiados na consulta programada da USF; Situações em que é conveniente a avaliação das condições da habitação e da dinâmica familiar. A marcação de consultas pode ser efetuada por qualquer meio de comunicação: presencial, telefone, e-agenda, correio eletrónico ou correio, diretamente pelo próprio ou através de qualquer outra pessoa.

O horário de funcionamento da USF encontra-se compreendido no período entre as 8h e as 20h nos dias úteis. Nos restantes períodos os utentes devem recorrer aos locais assistenciais alternativos. Os profissionais, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, são responsáveis por garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas.

Através do BI-CSP, do Registo Nacional de Utentes (RNU) e MIM@UF, foi possível recolher dados para caracterizar os utentes abrangidos pela USF. O BI-CSP fornece informações que caracterizam e monitorizam todas as Unidades Funcionais dos CSP, contribuindo assim para o desenvolvimento e melhoria contínua e sustentada (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2022). O RNU é uma base de dados nacional de identificação e registo dos utentes do SNS, permitindo a caracterização da inscrição dos utentes nos CSP, nomeadamente por equipa de saúde familiar (Despacho n.º 1668/2023). Por sua vez o MIM@UF é um sistema que complementa a informação de produção diária da UF com informação mensal/ anual trabalhada e agregada, permitindo retirar relatórios e listagens dos dados dos utentes.

Nas metas estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS), encontra-se a contratualização externa entre o Plano Regional de Saúde, Plano Local de Saúde, Plano Ação do Centro de Saúde e Plano Ação da USF e a contratualização entre os dois últimos. As USF devem negociar com as ULS seis indicadores de melhoria contínua do desempenho da equipa multiprofissional que constam na matriz nacional de indicadores dos CSP. É recomendado

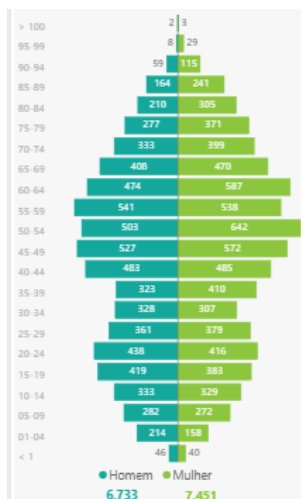
que a USF selecione indicadores a melhorar do Índice de Desempenho da Equipa (IDE), com ponderação de 10% cada, definidos na matriz de indicadores com horizonte temporal de três anos, de modo a efetivar a sua tabela de indicadores institucionais, para além dos indicadores de avaliação da satisfação dos utentes (20%) e dos profissionais (20%) (Portaria nº411-A/2023). A contratualização é um processo de melhoria continua da qualidade, composto por quatro fases: preparação, negociação, monitorização/acompanhamento e avaliação. Todas estas fases são importantes e nenhuma deve ser iniciada sem a anterior se encontrar concluída. Tendo por base o BI-CSP, em fevereiro de 2025, a USF obteve um IDE de 79,60, sendo um valor situado acima da mediana das restantes USF modelo B da ULS Médio Tejo que é 77,50. O valor mínimo de IDE das USF modelo B pertencentes à ULSMT é de 49,20 e o máximo de 84,80. Para o cálculo do valor do IDE da USF, são tidas em conta as seguintes áreas do Índice de Desempenho Setorial (IDS): Acesso (valor obtido de 99,00), Gestão da doença (com valor obtido de 97,90), Gestão da Saúde (com valor obtido de 94,30), Integração de cuidados (com valor obtido de 58,80) e Qualidade da Prescrição (com valor obtido de 40,60).

Através do Índice de Desempenho Global (IDG), presente no BI-CSP, é possível caracterizar e monitorizar o desempenho das UF dos CSP de forma multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020). O IDG é obtido pela soma ponderada dos índices de desempenho setoriais das áreas, sendo composto por cinco áreas: Desempenho Assistencial, Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica. Segundo os dados do BI-CSP, em fevereiro de 2025, a USF obteve um IDG de 86,80 comparativamente às restantes USF modelo B da ULSMT que apresentam uma mediana de IDG de 83,75, podemos considerar que se encontra bem posicionada, sendo o valor máximo 88,40 e o valor mínimo 57,70.

Segundo o RNU e o BI-CSP, a USF apresenta 14.184 utentes inscritos, 6733 do sexo masculino e 7451 do sexo feminino. O seu índice de dependência total corresponde a 55,59%, sendo que, 18,36% são jovens e 37,23% são idosos, correspondendo a 18.808,50 unidades ponderadas. A pirâmide etária da lista de utentes da USF encontra-se representada na Figura 1.

Figura 1

Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF



Fonte: BI-CSP (2025)

Ao analisar a pirâmide etária, verifica-se que a população inscrita é maioritariamente adulta, 1674 são jovens (0-14 anos), 9116 adultos (15-64 anos), 3394 idosos (65 anos ou mais). A pirâmide etária é do tipo regressivo o que indica uma baixa taxa de natalidade, um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de mortalidade, o que é frequente nos países desenvolvidos. Existe uma percentagem significativa de população ativa (entre os 15 e 64 anos de idade) e 3044 mulheres em período fértil (15-54 anos de idade).

É fundamental conhecer todas as particularidades da lista de utentes de modo a gerir da melhor forma a prática clínica, percebendo quais as necessidades da população/famílias alvo e assim delinear a distribuição do horário de trabalho semanal.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

Na USF cada profissional de enfermagem é responsável por um ficheiro de famílias, formando uma equipa familiar em conjunto com um médico assistente e uma assistente técnica (existem duas assistentes técnicas que se encontram integradas em duas equipas, uma vez que se encontram em número inferior). A equipa de saúde familiar da enfermeira cooperante encontrou-se algum tempo sem médico atribuído pois a médica correspondente cessou funções com a unidade e só foi substituída cerca de oito meses depois o que causou algum impacto aos utentes deste ficheiro na assistência prestada, mas também aos outros ficheiros uma vez que, os outros médicos tiveram também de assegurar algumas consultas de um ficheiro que não lhes pertencia.

O método de organização por enfermeiro de família permite a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, a nível da prevenção primária, secundária e terciária. Segundo Silva (2016, p.218), este método “é uma mais-valia (não só para os enfermeiros, como também para os utentes e famílias), uma vez que lhes permite conhecer a família (facilitando a organização de cuidados), estabelecer uma relação de confiança e continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital, o que, consequentemente, facilita a adesão ao regime terapêutico. Consideram ainda que a metodologia permite um melhor reconhecimento profissional dos enfermeiros”.

É fundamental realizar de forma periódica a caracterização do ficheiro familiar de modo a ser possível conhecer as famílias e assim perceber quais as intervenções de enfermagem necessárias às suas características e exigências motivadas pelas alterações verificadas (Rebelo, 2018).

No início da primeira UC (Prática Clínica de ESF), efetuei uma caracterização do ficheiro da enfermeira cooperante que permitiu identificar o tipo de população (sexo, faixa etária), os problemas de saúde mais predominantes e as intervenções necessárias. A caracterização do ficheiro permitiu também um planeamento de horários na agenda mais eficaz de acordo com as necessidades de cada utente/família.

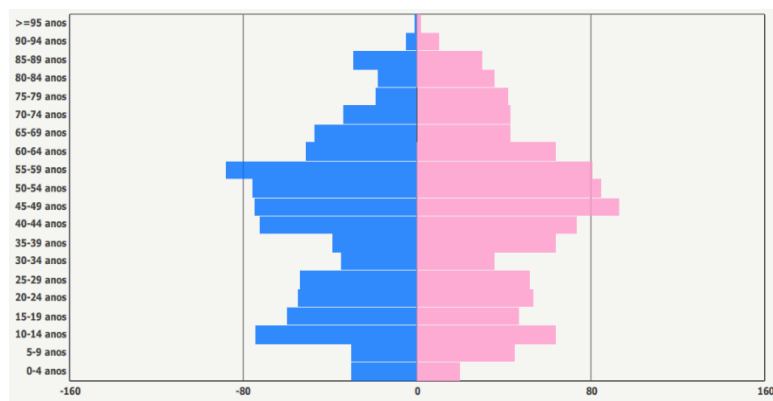
Segundo o MIM@UF (2025), a equipa de saúde familiar é composta por 1877 utentes, correspondendo a 779 famílias inscritas.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, o rácio recomendado é de um enfermeiro para 350 famílias ou um enfermeiro por 1550 utentes, encontrando-se por isso o ficheiro em desacordo com a dotação segura dificultando assim os cuidados à família como unidade de cuidados bem como a satisfação dos utentes e profissionais. É necessário o investimento em recursos humanos para as USF de modo a prestar cuidados de saúde adequados para garantir ganhos em saúde.

À semelhança da pirâmide etária da USF, esta lista de utentes também é composta maioritariamente por adultos como podemos observar na pirâmide etária dos utentes do ficheiro em causa representada na Figura 2.

Figura 2

Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira cooperante



Fonte: Bi-CSP (2025)

É importante salientar que existe um elevado número de utentes inscritos na USF que não frequentam a unidade e são difíceis de contactar por telefone, e-mail ou morada pois os seus dados não se encontram atualizados no RNU. Esta situação acaba por limitar a caracterização do ficheiro uma vez que é realizada através do processo familiar e este por vezes não se encontra com o verdadeiro agregado familiar. Ao longo da prática clínica foi dado ênfase e reforçada junto das famílias a importância de manterem o seu processo familiar atualizado.

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição das famílias do ficheiro por dimensão do agregado familiar.

Tabela 1

Distribuição das famílias do ficheiro da enfermeira cooperante por agregado familiar

Número de elementos	1	2	3	4	5	6	Total
n	233	199	183	128	31	5	779
%	29,91	25,55	23,49	16,43	3,98	0,64	100

Fonte: Própria

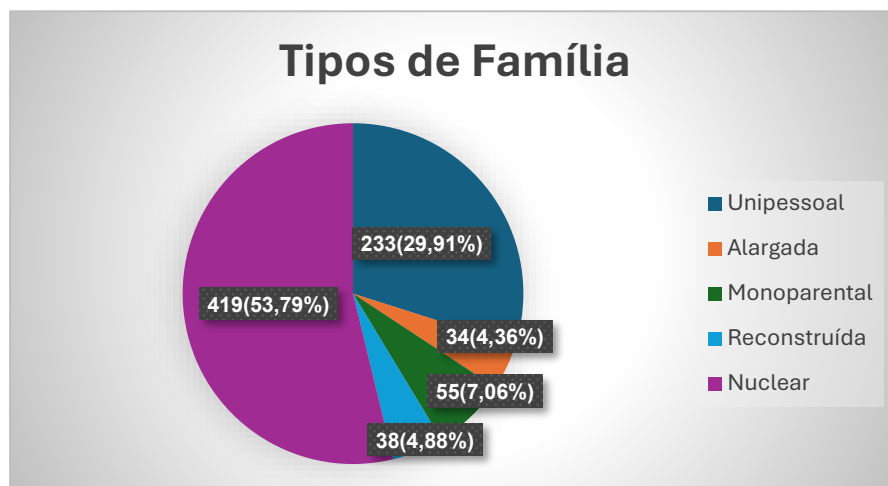
O tipo de família permite classificá-la de acordo com a sua composição e vínculos estabelecidos entre os seus elementos, determinando algumas das suas funções internas e externas aliadas ao seu desenvolvimento (Figueiredo, 2012). Foram identificadas 233 famílias unipessoais e 546 famílias com dois ou mais elementos, concluindo-se assim que a maioria das famílias é do tipo unitário, o que pode ser explicado pela proporção de utentes viúvos ou divorciados/separados, ou por se encontrarem a aguardar a junção dos restantes elementos

no processo familiar. Posteriormente surgem as famílias de dois ou três elementos, encontrando-se as famílias com seis elementos em menor número.

Encontra-se na Figura 3 a distribuição dos tipos de família do ficheiro da enfermeira cooperante.

Figura 3

Distribuição dos tipos de família



Fonte: Própria

Os utentes encontram-se distribuídos por diversos Programas de Saúde como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional de Saúde Materna, Programa Nacional de Diabetes e Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares-Hipertensão. Através da consulta do MIM@UF em janeiro de 2025, foram identificados no ficheiro 393 utentes com diagnóstico de hipertensão arterial, 165 diabéticos, cinco grávidas, 416 mulheres em idade fértil (15-49 anos), 368 utentes inscritos no programa de Saúde Infantil e 96 utentes no de idade juvenil.

O entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar implica, o reconhecimento do ciclo vital, como um percurso conjecturável para todas as famílias, identificando-se os processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família. Ao ter em conta esta dimensão permite que o enfermeiro de família antecipe os cuidados necessários, sempre com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais de cada etapa preparando-a para futuras transições (Figueiredo, 2012).

A classificação do Ciclo Vital utilizada no SClinico é a do Ciclo de Vida Familiar de Duvall, onde se encontra apresentada uma sequência de oito estádios ordenados e previsíveis no

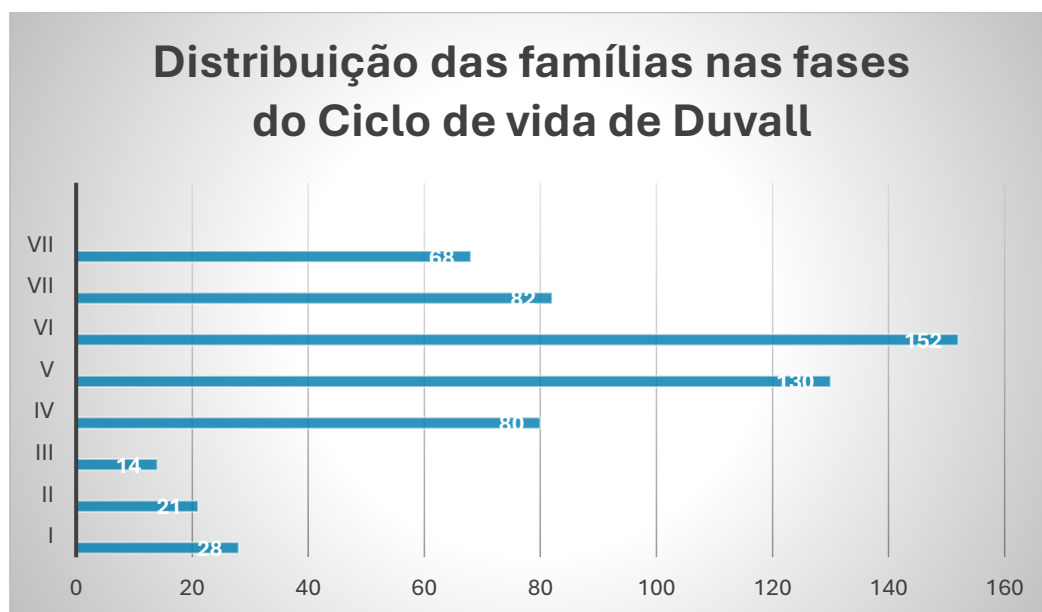
percurso de uma família delimitados pela composição familiar, idade dos membros constituintes e estatuto ocupacional. O marcador importante para a caracterização do estágio é a idade do filho mais velho. Os oito estágios são: Estadio I- Casal sem filhos(do casamento ao nascimento do 1ºfilho); Estadio II- família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar), Estadio III- família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola); Estadio IV- família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até à adolescência), Estadio V- família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores); Estadio VI- família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa); Estadio VII- família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); Estadio VIII- família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimentos dos membros da família) (Figueiredo, 2012).

A ocorrência de novas situações e a sua adaptação, sejam elas de natureza interna ou externa, asseguram a mudança e continuidade da família, possibilitando o funcionamento efetivo do sistema familiar que se processa num contexto co-evolutivo. Ao longo do ciclo vital, as famílias sofrem mudanças na sua organização ajustando-se a novos padrões de relacionamento interpessoal, manifestando assim a sua individualidade (Figueiredo, 2009).

Em relação às famílias compostas por dois ou mais elementos, verifica-se um predomínio das famílias nas fases V e VI do ciclo de vida de Duvall, como demonstrado na Figura 4, o que já era esperado uma vez que a faixa etária mais predominante é a dos 40 aos 60 anos.

Figura 4

Distribuição das famílias no ciclo de vida de Duvall



Fonte: Própria

2. PROCESSOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) reconhece a complexidade do sistema familiar tendo em conta as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, conferindo-lhe uma organização estrutural e específica (Figueiredo, 2012). O enfermeiro de família possui competências que lhe permitem recolher dados relevantes, possibilitando a identificação das necessidades, forças e recursos presentes em cada sistema familiar. Com base nessa avaliação, é capaz de formular diagnósticos e planear intervenções direcionadas, com o objetivo de promover ganhos efetivos em saúde e fortalecer a autonomia das famílias.

Neste capítulo encontra-se uma reflexão acerca da aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) ao longo das UC e atividades desenvolvidas.

Compreende-se por domínio de competência “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”. A certificação de competências é “um ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção. Direcionado a atestar a formação, a experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício de enfermagem” (OE, 2019, p.4745).

As competências inerentes ao Enfermeiro Especialista e, por sua vez especialista em saúde familiar foram o fio condutor para a prática clínica. Segundo o Regulamento nº367/2015 de 29 de junho dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, a implementação de uma prática especializada é fundamental, permitindo assim uma melhoria contínua da qualidade no exercício da função profissional do Enfermeiro Especialista.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, sendo “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2ª série-n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, p.4745).

O EE apresenta competências acrescidas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Assim, o EE garante a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, esperando-se que a sua prática de cuidados de enfermagem tenha como base o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e o domínio da Gestão de Cuidados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019).

Ao longo da prática clínica tive sempre em conta o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, zelando sempre pelos direitos humanos e a sua dignidade. Prestei cuidados em parceria com cada utente e respetiva família, tendo sempre em conta a sua individualidade, privacidade e autonomia, bem como as suas necessidades, objetivos, valores e crenças. Garanti também que as famílias tinham acesso a toda a informação que necessitavam ao longo do processo de cuidados, assegurando o direito ao sigilo, confidencialidade e privação de dados e informações adquiridas no decorrer das consultas. Para realizar a avaliação das famílias do ficheiro da enfermeira cooperante foi sempre assegurado o consentimento informado, esclarecido e livre na relação com cada utente/família.

Foram utilizados os sistemas de informação disponíveis, nomeadamente o SClinico e o eVAcinas, para a realização de registos clínicos precisos relativos aos utentes e respetivas famílias. Estes registos incluíram avaliações familiares, identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções implementadas e os ganhos em saúde obtidos, contribuindo para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados.

Foi possível também reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, eventual revisão das mesmas e implementação de programas de melhoria. Na unidade decorria um projeto com vista a melhorar a monitorização e diagnóstico de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e tive oportunidade de participar em reuniões de equipa multidisciplinar para discutir ideias e formular práticas com vista a cumprir os objetivos.

Decorria também um Projeto de Melhoria Contínua na USF sobre o acolhimento do utente e, nesse sentido, em conjunto com a enfermeira cooperante foi elaborado um folheto que caracteriza a USF, evidenciando a sua missão, valores, constituição da equipa bem como o papel e importância do enfermeiro de família com o objetivo de aumentar o conhecimento da população sobre a sua equipa de saúde e o reconhecimento da importância do enfermeiro de família.

No domínio da gestão de cuidados, como futura enfermeira especialista, foi fundamental deter conhecimento do Regulamento Interno da Unidade, a dinâmica da equipa, os recursos em termos de materiais e de pessoal, bem como o papel e função de cada elemento integrante

da equipa. Para isso, na primeira UC realizei a caracterização do contexto clínico (que se encontra descrita no Capítulo I) quanto à área de abrangência, população inscrita, tipos de família e ciclo vital que permitiu adequar da melhor forma os recursos disponíveis na unidade à necessidade de cuidados de cada família.

Ao longo da minha prática clínica, articulei-me com a equipa multiprofissional, e tive também oportunidade de participar em diversas reuniões multidisciplinares onde a equipa realizava a revisão/atualização de algumas normas e orientações uma vez que se deu a transição para ULS e também se discutiam casos clínicos ou existiam momentos de formação. Neste âmbito tive o prazer de assistir a uma formação sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, cedida por um Pneumologista e ainda outra sessão de dúvidas com delegados de saúde sobre os sensores de avaliação da glicémia capilar.

Desenvolvi sempre uma prática baseada na evidência científica mais recente, pesquisando orientações e normas clínicas recentes, mobilizando conhecimentos e habilidades de modo a garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Ao especializar-se numa determinada área clínica, o EE adquire competências adicionais de modo a providenciar cuidados de enfermagem mais específicos, tornando-se numa mais-valia para os cuidados de saúde e utentes.

As competências específicas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas” (Regulamento n.º 428/ 2018, p.4745).

São competências específicas do EEESF:

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

- a. Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas
- b. Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- c. Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença em situações complexas;

- d. Desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica;
- e. Intervém de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- f. Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- g. Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar
- h. Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

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

- a. Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família
- b. Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho).

Segundo Silva (2016), o desenvolvimento das ciências sociais, da terapia familiar e das diversas escolas de pensamento de enfermagem contribuíram para a construção de modelos de avaliação e intervenção em enfermagem familiar. A enfermagem de saúde familiar é sustentada por teorias e modelos que permitem que os enfermeiros desenvolvam intervenções familiares o mais adequadas possível a cada sistema familiar.

Numa perspetiva sistémica, a família é considerada como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros constituída por vários subsistemas como o subsistema individual (indivíduo), o subsistema conjugal (casal), o subsistema parental (pais/filhos), o subsistema filial (filhos) e o subsistema fraternal (irmãos). Existem três princípios que caracterizam a família sendo eles: a Totalidade (onde o todo é mais do que a soma de cada uma das partes), a Autorregulação (todos os sistemas abertos procuraram a sua autorregulação modificando comportamentos conforme a necessidade) e Equifinalidade (todo os elementos trabalham com a mesma finalidade, manter o sistema familiar coeso. (Alarcão, 2006).

A Teoria das Transições defende que as transições são provocadas por eventos relevantes quer no indivíduo quer no ambiente e o início de uma transição dá-se a partir do momento em que as alterações são antecipadas (Meleis, 2010). Todo o tipo de transição exige adaptação de cada membro do sistema familiar, de modo a ser possível manter a funcionalidade da família pois, ocorrendo mudanças num subsistema, automaticamente os outros são também afetados. Existem transições desenvolvimentais relacionadas com as etapas de desenvolvimento como por exemplo o nascimento de um filho ou a saída dos filhos de casa,

transições situacionais que envolvem acontecimentos inesperados como por exemplo o divórcio ou o falecimento de um familiar, transições de saúde/doença que se referem a mudanças no estado de saúde como por exemplo o diagnóstico de diabetes e, por último transições organizacionais que ocorrem quando há necessidade de alterar a organização familiar como por exemplo quando um elemento assume o papel de cuidador do familiar dependente.

Segundo Gottlieb (2016), o Cuidado Baseado nas Forças centra-se na família como um todo e na pessoa em si mesma, naquilo que faz de bem e os recursos que dispõe para lidar com as adversidades e transições ao longo da vida. Forças são um conceito alargado que engloba as qualidades internas e externas da pessoa ou unidade (família, comunidade) e, apesar da interpretação que suscita as forças não são o oposto de défices ou fraquezas, mas sim competências, aptidões e qualidades da pessoa que coexistem com as anteriores. O foco do cuidado baseado nas forças é centrado na pessoa e no seu desenvolvimento, permitindo que haja esperança pois as pessoas ao acreditarem que possuem o poder da mudança, exercem de alguma forma, um controlo sobre as suas vidas, redefinindo o passado e planeando um futuro mais desejável (Martinho, 2019, citado em Gottlieb, 2016).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) foi desenvolvido com o objetivo de dar resposta à necessidade dos enfermeiros de família em contexto de CSP, apresentando-se como um referencial teórico e operativo na prática clínica (Figueiredo, 2023). Este modelo encontra-se sustentado no Modelo de Calgary de Avaliação Familiar e no Modelo de Calgary de Intervenção Familiar apresentando uma matriz operativa.

A matriz operativa do MDAIF encontra-se estruturada em três dimensões que permitem a interligação do processo de enfermagem na prática de enfermagem de saúde familiar, sendo elas: a dimensão estrutural, dimensão desenvolvimental e por última dimensão funcional.

A dimensão estrutural avalia a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento e ambiente ecológico, permitindo conhecer o contexto do sistema familiar. A dimensão desenvolvimental avalia a etapa do ciclo vital em que a família se encontra e posteriormente as áreas/focos de atenção inerentes a essa etapa como a satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. O enfermeiro de família ao identificar a fase do ciclo vital em que a família se encontra é capaz de antecipar cuidados de modo a capacitar a família através do desenvolvimento de várias tarefas essenciais para realizar a respetiva transição de forma saudável. Por fim, a dimensão funcional é composta por duas áreas de atenção elementares ao funcionamento da família, o papel do prestador de cuidados e o

processo familiar que se subdivide em cinco definições: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2023).

Para que o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, promova a capacitação da família para enfrentar as transições com que se vai deparando ao longo do ciclo vital, é necessário que existam aprendizagens sustentadas com treino e reflexão que potencializam a mobilização de saberes específicos desta área (Figueiredo, 2023).

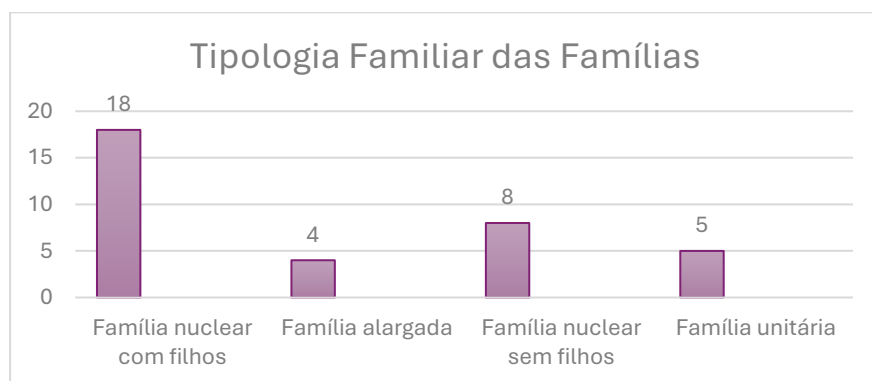
Assim, ao longo da prática clínica tendo como suporte as diversas teorias e o MDAIF, foram avaliadas diversas famílias de modo a ser possível identificar as suas necessidades, formular diagnósticos, planear intervenções e avaliar os resultados obtidos. As famílias foram avaliadas tanto em contexto de consulta de enfermagem na USF, como em Visitas Domiciliárias (VD's) tendo sempre como foco a família, avaliando a mesma como uma unidade de cuidados. A seleção das famílias nas quais apliquei o MDAIF foi realizada tendo em consideração as suas vivências, a organização da equipa multidisciplinar para acompanhar a família e ainda o meu tema de interesse, a transição para a parentalidade.

O meio que permitia conhecer melhor a família, a sua dinâmica e necessidades foi sem dúvida no seu contexto, isto é, no seu domicílio pelo que a realização de visitas domiciliárias foi sempre algo que tanto a enfermeira cooperante como eu investimos e programámos sempre que possível.

Na **dimensão estrutural** foram avaliadas as famílias segundo a tipologia familiar, a classe social, o edifício residencial, o sistema de abastecimento e o animal doméstico. Verificou-se que prevalecem as famílias nucleares com filhos, pois das 35 famílias avaliadas 18 são famílias nucleares com filhos, oito famílias nucleares sem filhos, cinco famílias unitárias e quatro famílias alargadas como se encontra representado na Figura 5.

Figura 5

Tipologia Familiar das Famílias



Fonte: Própria

A Escala de Graffar Adaptada é utilizada com o intuito de avaliar as condições socioeconômicas da família com vista a identificar a sua classe social avaliando cinco domínios: profissão, nível de instrução, fonte do rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do local de residência mediante as pontuações obtidas as famílias podem ser classificadas como classe alta, média alta, média baixa ou baixa.

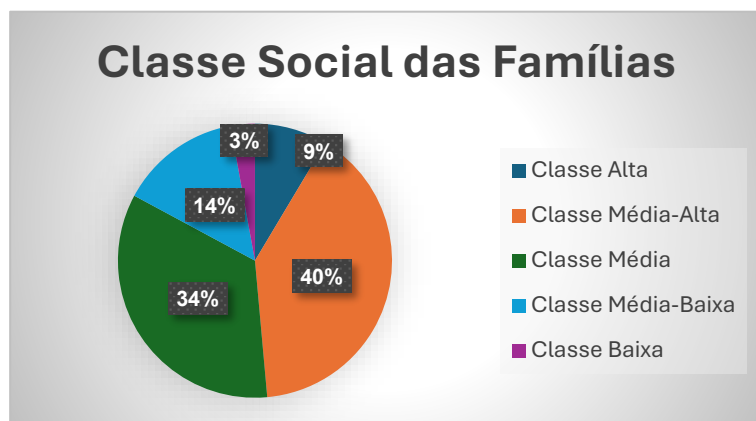
Segundo Figueiredo (2009, p.75), “A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo por isso também pertinente a sua avaliação” (Figueiredo, 2023).

A identificação da classe social possibilita ao enfermeiro de família uma compreensão mais aprofundada dos recursos disponíveis e dos fatores de stress familiares que possam estar associados aos aspetos económicos (Figueiredo, 2023).

Através da aplicação da Escala de Graffar Adaptada às famílias, foram identificadas três famílias de classe alta, 14 famílias de classe média alta, 12 famílias de classe média, cinco famílias de classe média-baixa e uma família de classe baixa. Encontra-se representada na Figura 6 um gráfico representativo da classe social das famílias.

Figura 6

Classe Social das Famílias

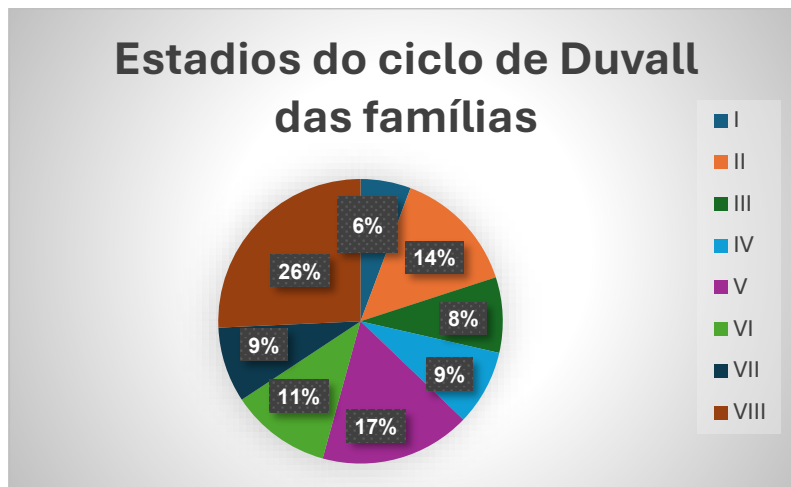


Fonte: Própria

As 35 famílias foram ainda caracterizadas quanto ao estadio do ciclo vital de Duvall em que se encontravam. Das famílias avaliadas, grande maioria encontra-se nos estádios V e VIII do ciclo de Duvall, e de seguida nos estádios II e VI como se pode observar na Figura 7.

Figura 7

Estádios do Ciclo de Duvall das famílias



I-Casal sem filhos; II- Família com filhos pequenos; III- Família com filhos em idade pré-escolar; IV- Família com filhos em idade escolar; V- Família com adolescentes; VI- Família com filhos adultos jovens; VII- Família de meia-idade; VIII- Família idosa

Fonte: Própria

No caso das famílias na fase VIII, estas encontram-se a vivenciar uma aceitação da reforma e envelhecimento. O avançar da idade traz um aumento da dependência e maior suscetibilidade à doença, o que implica que a família realize algumas tarefas e aceite e as alterações provocadas para assegurar a dinâmica familiar. Nesta fase é também importante que os indivíduos se preparem para lidar com a perda do conjugue (Figueiredo, 2012).

As famílias na fase V, famílias com filhos adolescentes, enfrentam uma das transições mais complexas e desafiadoras. A principal tarefa neste estadio é o ajuste da relação dos pais com os filhos, em que os pais necessitam de se adaptar ao aumento da independência dos filhos, o que significa dar mais liberdade, porém estabelecer limites claros e seguros. Esta fase é crucial para o desenvolvimento dos futuros adultos, para que esta etapa finalize com sucesso é crucial a existência de uma comunicação aberta e eficaz entre todos os membros.

Na fase II, a estrutura familiar sofre uma reestruturação significativa com o nascimento do primeiro filho. Nesta fase a prioridade do casal passa a ser a criança e as suas necessidades, tendo o enfermeiro de família um papel crucial nesta fase para ajudar a família a adaptar-se à nova realidade.

Com os dados obtidos através da avaliação das famílias, foram identificados problemas, formulados diagnósticos em todas as áreas de atenção e respetivas intervenções, tendo como base a matriz operativa do MDAIF.

Dimensão Estrutural:

No foco Rendimento Familiar foi identificada uma família com diagnóstico de Rendimento Familiar Insuficiente, pois os rendimentos do casal não comportam a renda e despesas da habitação, alimentação e despesas de saúde. Intervenções realizadas;

- Requerer apoio a serviços sociais para alimentação e saúde;
- Motivar a família para o governo da casa;
- Instruir a família para gerir o orçamento e despesas;

No foco Edifício Residencial foi identificada uma família com diagnóstico de Edifício Residencial Negligenciado, por higiene habitacional deficiente. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Instruir a família sobre riscos associados a uma deficiente higiene (transmissão de infeções, propagação de pragas...);
- Instruir a família a realizar uma higiene adequada do lar;
- Motivar a família e realizar um plano de higienização (com divisão de tarefas domésticas pelo agregado familiar) para realizar e manter uma higiene habitacional adequada.

No foco Precauções de Segurança foram identificadas quatro famílias com diagnóstico de Precauções de Segurança não demonstradas uma vez que, em três domicílios existiam barreiras arquitetónicas e num outro verificou-se a utilização inadequada de equipamentos de aquecimento. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar sobre a utilização do equipamento de aquecimento de forma correta (aquecedor a óleo) e os riscos associados ao cobrir o aquecedor ligado com uma manta sobre as pernas e ainda o equipamento ficar ligado quando a família se encontra ausente do domicílio;
- Motivar a família para a utilização adequada do equipamento e planear estratégias para manter uma temperatura adequada do domicílio;
- Ensinar sobre os riscos provocados pela existência de barreiras arquitetónicas como a existência de escadas e existência de tapetes (idoso com alto risco de queda);
- Encorajar a família a retirar os tapetes que podem provocar queda do indivíduo e motivar para a adaptação às barreiras arquitetónicas como a colocação de um corrimão nas escadas ou adaptação com rampa.

No foco Abastecimento de água todas as famílias foram diagnosticadas com Abastecimento de Água Adequado.

No foco Animal de estimação, existiam 27 famílias com animal doméstico e três dessas foram diagnosticadas como Animal Doméstico Negligenciado, por apresentarem animais que não se encontravam vacinados e/ou desparasitados. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar sobre vacinação e desparasitação do animal doméstico e a sua importância;
- Instruir sobre riscos para a saúde humana associados ao facto de coabitar com um animal que não se encontra vacinado/desparasitado;
- Incentivar para a vacinação e desparasitação do animal doméstico.
- Orientar para serviços existentes na comunidade (projetos com veterinário municipal).

Dimensão de Desenvolvimento:

No foco Satisfação Conjugal foram identificadas 14 famílias com diagnóstico de Satisfação Conjugal não mantida nas diferentes dimensões, cinco famílias com relação dinâmica disfuncional, sete famílias com comunicação em casal não eficaz e duas com interação sexual não adequada. As entrevistas familiares foram realizadas sempre com base no princípio da circularidade através de questões lineares, estratégicas, reflexivas e circulares permitindo a circulação de informação de modo a perceber a situação e promover novas soluções para as dificuldades sentidas (Figueiredo, 2023). Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar o casal sobre a importância de tempo em casal, a divisão de tarefas e a expressão de sentimentos;
- Motivar o casal para em conjunto planearem a divisão de tarefas;
- Incentivar a criação de rituais em casal;
- Promover a comunicação e partilha de emoções, expectativas e receios.
- Identificar forças e fraquezas em conjunto com o casal;
- Felicitar o casal por perceber que a sua satisfação conjugal se encontra alterada;

No foco Planeamento Familiar foi identificada uma família com Planeamento Familiar não Eficaz por uso de contraceptivos não adequado. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar a adolescente sobre a importância de utilização de métodos contraceptivos para a prevenção de doenças e gravidez;
- Instruir sobre os diversos métodos contraceptivos disponíveis;
- Motivar para a utilização de contraceptivos;
- Providenciar contraceptivos.

No foco Adaptação à Gravidez foi identificada uma família com diagnóstico de Adaptação à gravidez não adequado por conhecimento não demonstrado. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Informar o casal sobre o curso de preparação para a parentalidade existente na unidade;
- Referenciar o casal para o curso de preparação para a parentalidade;
- Informar o casal sobre os direitos na maternidade/paternidade;
- Instruir sobre as alterações fisiológicas ocorridas na gravidez;
- Informar sobre consultas de vigilância da gravidez (quando são e a sua importância);
- Ensinar sobre o enxoval para o bebê;
- Preparar o casal para a nova etapa do ciclo vital.

No foco Papel Parental foram identificadas oito famílias com diagnóstico de Papel Parental não Adequado em diferentes dimensões como no conhecimento do papel não demonstrado, comportamentos de adesão não demonstrados, adaptação à escola não eficaz e conflitos nos papéis. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil;
- Ensinar os pais sobre padrões alimentares adequados à criança;
- Ensinar os pais sobre padrões de sono e repouso adequados à criança;
- Ensinar a família sobre hábitos de higiene adequados;
- Ensinar os pais sobre atividades de lazer;
- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar os pais sobre as mudanças psicológicas ocorridas na adolescência;
- Motivar os pais para adotarem ou manterem uma alimentação, higiene, padrões de sono e exercícios adequados.
- Elogiar forças das famílias e transformar fraquezas em respectivas forças;
- Promover a comunicação expressiva de emoções;
- Incentivar os pais a estabelecerem limites entre os sistemas e com a família alargada.

Dimensão Funcional:

No foco Papel Prestador de Cuidados foi identificada uma família com diagnóstico de Papel Prestador de Cuidados Não Adequado por conhecimento do papel não demonstrado. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Ensinar a família sobre a fisiopatologia da doença;
- Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de riscos e complicações;
- Ensinar, treinar e motivar o prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização da pessoa dependente (transferências e posicionamentos);
- Ensinar o prestador de cuidados sobre a gestão do regime terapêutico;
- Instruir o prestador de cuidados a manter atividades de lazer;

- Incentivar o prestador de cuidados a pedir apoio à família alargada;
- Orientar para serviços sociais como apoio domiciliário e ainda a referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) para descanso do cuidador.

No foco Processo Familiar foram identificadas 10 famílias com Processo Familiar não Funcional por comunicação familiar não eficaz e relação dinâmica disfuncional. Foram realizadas as seguintes intervenções:

- Incentivar a comunicação de sentimentos e emoções;
- Definir limites entre os vários subsistemas e com a família alargada e amigos;
- Incentivar a criação de rituais familiares;
- Promover o envolvimento da família.

Ao longo das consultas foram também identificadas famílias em transições situacionais como o luto pela perda do companheiro. O EEESF apresenta um papel fulcral para diminuir o impacto das alterações pós-luto, intervindo com família desde a prevenção ao desenvolvimento dos sintomas e complicações, intervindo de acordo com as necessidades dos doentes em fim de vida e dos seus familiares. Segundo Figueiredo (2023), o contacto com a família não deve terminar com a morte do elemento que se encontra doente, devendo o EEESF programar uma visita ao domicílio ou uma consulta na unidade de modo que pessoa possa expressar os seus sentimentos face à perda e se necessário encaminhar para profissionais de saúde adequados como o psicólogo.

Foram também identificadas transições saúde-doença como o diagnóstico de diabetes ou neoplasia maligna. Nestas situações é essencial que o EEESF envolva a família para facilitar mudanças nos hábitos de vida e rotinas familiares, levando a uma melhor adaptação à doença e obtenção de ganhos em saúde. Durante as consultas de vigilância da saúde e visitas domiciliárias, sempre que o utente se fazia acompanhar por um familiar ou pessoa de referência, procurei envolver essa figura no processo de saúde/doença. Esta abordagem permitiu a construção conjunta de planos de cuidados, ajustados à dinâmica e aos recursos da família, promovendo a sua autonomia e corresponsabilidade, com vista a maiores ganhos em saúde. Por exemplo na consulta de doença crónica como a diabetes mellitus ao realizar ensinamentos sobre a dieta alimentar dirigia os ensinamentos não só ao doente, mas também à família de modo que fosse possível negociar a dieta conforme as necessidades do seu familiar para que este se sinta acompanhado e apresente mais forças para a transição saúde-doença. Além disso, foi frequentemente instituída a prática de atividade física no seio familiar, incentivando a influência recíproca entre os seus membros na adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis.

Foi promovida uma escuta ativa e estabelecida uma relação empática e terapêutica com os elementos do agregado familiar, favorecendo a construção de uma relação de confiança. Esta vinculação permitiu desenvolver uma prática de cuidados em parceria com a família, ajustada às suas necessidades, dinâmicas e recursos contribuindo para uma intervenção mais eficaz e humanizada. Adicionalmente, foi promovida a negociação da marcação de consultas e tratamentos, considerando a disponibilidade da família e a agenda da enfermeira cooperante. Esta articulação permitiu respeitar os tempos e contextos familiares, assegurando a continuidade dos cuidados e reforçando a parceria terapêutica com a família.

A colheita de dados foi realizada mediante uma entrevista sistémica orientada pela matriz operativa do MDAIF, conduzida em contexto de consulta e/ou visita domiciliária após obtenção do consentimento informado da família.

A aplicação do modelo às famílias permitiu identificar as necessidades das mesmas, formular diagnósticos e intervir em cada uma de modo a resolver ou minimizar os seus problemas, obtendo ganhos em saúde. Foram utilizados alguns instrumentos de avaliação familiar que considero imprescindíveis como o genograma e o ecomapa que permitem avaliar as interações e vínculos estabelecidos entre cada elemento da família, identificar acontecimentos significativos e perceber os relacionamentos da família com os sistemas mais amplos. Para uma caracterização mais abrangente da família, recorri à aplicação de instrumentos complementares nomeadamente a Escala de Graffar, a Escala de Barthel, a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Ao contrário da entrevista convencional centrada exclusivamente no utente como sujeito individual, a entrevista sistémica dirige-se à família enquanto sistema relacional. Esta abordagem visa compreender as interações entre os seus elementos, os padrões de comunicação estabelecidos, as crenças partilhadas, as relações afetivas e as regras comunicacionais que moldam a dinâmica familiar.

Nesta entrevista o enfermeiro necessita de colocar-se no lugar da família devendo para isso desenvolver atitudes como: compreensão, aceitação, honestidade, confiança e comprometimento mútuo (Figueiredo, 2023).

A utilização de uma entrevista sistémica com base em instrumentos de avaliação favorece uma comunicação terapêutica e permite um maior conhecimento da dinâmica e funcionalidade familiar motivo pelo qual devem ser integradas na avaliação das distintas áreas do sistema familiar (Figueiredo, 2009).

Segundo Figueiredo (2023), a entrevista sistémica pode ser aplicada pelo enfermeiro em qualquer contexto de prestação de cuidados, seja em atenção primária, ambiente hospitalar,

unidades de reabilitação ou outras especialidades clínicas. Esta abordagem permite uma leitura ampliada do problema de saúde da família, considerando os diferentes níveis de intervenção: educar, facilitar a adaptação, identificar necessidades e encaminhar, conforme a especificidade da situação familiar e os recursos disponíveis.

Ao longo da abordagem com as famílias tive sempre em conta os princípios da entrevista familiar sistémica como a hipotetização, a neutralidade e a circularidade. O recurso a estes princípios permite a aceitação da necessidade de mudança ou mesmo a mudança no contexto familiar (Figueiredo, 2023).

A aplicação de uma entrevista sistémica não é fácil, sendo necessário bastante tempo para a realizar, saber gerir e lidar com as emoções de cada elemento da família e ainda guiar os seus discursos para conseguir colher a informação que precisamos. Para isso, é necessário deter conhecimento sobre os princípios da entrevista familiar sistémica e colocá-los em prática. Ao longo da componente clínica foi algo que fui trabalhando para melhorar as minhas competências.

Ao conhecer a família através de registos no SClinico e informações por parte da enfermeira cooperante, formulei hipóteses que me permitiram iniciar uma entrevista à família. Por vezes as hipóteses que formulei não eram corretas, porém acabavam sempre por permitir conhecer melhor a família. Apliquei questões lineares para definir o problema; questões estratégicas para confrontar a família com os seus comportamentos; questões reflexivas para promover novas visões e despertar novos comportamentos e ainda questões circulares que permitem identificar a ligação entre cada membro da família e os seus comportamentos. A neutralidade foi o princípio mais difícil de colocar em prática pois é necessário um grande conhecimento e treino para conseguir entrevistar todos os elementos da família e ouvir a opinião de cada um sem realizar qualquer juízo, seja de aprovação ou desaprovação, não tomando assim partido de um elemento.

Ao longo das intervenções, foram utilizadas técnicas de intervenção sistémica, tanto ativas como interacionais, com o objetivo de promover mudanças significativas no sistema familiar. Entre as técnicas ativas, destacam-se o genograma e a escultura, que permitiram explorar visualmente as relações familiares, padrões transgeracionais e dinâmicas emocionais. No âmbito das técnicas interacionais, foram aplicadas estratégias como o reenquadramento, a conotação positiva, as prescrições paradoxais, os rituais terapêuticos, a metáfora, o conto sistémico, as cartas terapêuticas, bem como abordagens narrativas e orientadas para a solução. O conhecimento destas técnicas permitiu ajudar os membros da família a comunicar mais eficazmente, a facilitar a discussão família e o uso de estratégias de redução de stress,

e potenciar as estratégias de *coping* positivas com a finalidade de ajudar a família a definir metas.

Como referido anteriormente, foi igualmente aplicado o Modelo do Cuidado Baseado nas Forças, avaliando as qualidades da família e os recursos disponíveis, permitindo capacitar as famílias para atingirem novas metas através da mobilização das suas capacidades e competências.

É importante ter em conta que o tempo disponível na consulta de enfermagem é insuficiente para desenvolver uma prática avançada de ESF, comprometendo assim as intervenções do EEESF.

Desenvolvi ainda competências de liderança através da articulação com outras equipas de saúde e mobilização de recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias. Referenciei famílias para outros profissionais de saúde, como o caso de uma utente, que após sofrer uma queda da qual resultou fratura do fémur, foi referenciada posteriormente para a fisioterapia e também uma família em que um dos elementos era cuidador de uma idosa dependente e com demência para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com o objetivo de oferecer reabilitação à idosa. Sugeri ainda a referência de uma família para a RNCCI para a modalidade de descanso do cuidador, contudo o processo não foi concluído por decisão da própria família, que optou por não avançar com a proposta naquele momento.

Documentei todos os dados e processos de cuidados às famílias nos sistemas de informação correspondentes de modo a melhorar os resultados de saúde familiar.

Segundo Silva (2016), os indicadores permitem monitorizar a concretização do objetivo, fornecendo a avaliação que vai apoiar a tomada de decisão intrínseca à governação em saúde. Atualmente a maioria dos indicadores contratualizados para as unidades funcionais não são exclusivos de intervenções de enfermeiros não permitindo assim documentar a complexidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros no âmbito de Programas do Plano Nacional de Saúde. Por sua vez, no que toca à ESF, ainda são escassos os indicadores que explicitem intervenções nesta área.

No âmbito da colaboração interdisciplinar, apresentei o estudo de investigação a toda a equipa da unidade onde reforcei a necessidade de estarmos atentos e intervir na satisfação conjugal ao longo da transição para a parentalidade. Tive ainda oportunidade de realizar um momento formativo à equipa de enfermagem através de uma apresentação (Apêndice 1) sobre os instrumentos de avaliação familiar existentes, o Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar e a forma como podemos realizar registos sobre a família no SClínico o que se revelou extrema

importância e utilidade para os enfermeiros uma vez que apenas a enfermeira cooperante tem especialidade em enfermagem de saúde familiar.

Tendo como base o estudo de investigação sobre a influência da parentalidade na satisfação conjugal foi elaborado um folheto informativo intitulado “Fatores protetores e da parentalidade” (Apêndice 2), com o objetivo de facilitar a transição para a parentalidade preservando a qualidade da relação conjugal. Na USF decorriam também sessões teóricas e práticas de preparação para a parentalidade com uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia nas quais tive oportunidade também de participar e realçar a importância do enfermeiro de família nesta fase.

Ao longo do mestrado desenvolvi sempre a minha prática baseada na evidência científica realizando pesquisa em documentos científicos publicados e também junto da enfermeira cooperante e professora orientadora.

No âmbito do investimento na minha formação contínua, participei em congressos e seminários científicos com o objetivo de aprofundar conhecimentos e melhorar a prática de enfermagem de saúde familiar. Destaca-se a participação no:

- II Congresso Internacional “A Família no Epicentro da ESF”, com a apresentação de um Poster com o título “A influência da parentalidade na conjugalidade” (Anexo 1 e Anexo 2)
- XVI Fórum Internacional de Úlceras e feridas (Anexo 3)

Todas estas atividades acima mencionadas contribuíram para o desenvolvimento de Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista e de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

CAPÍTULO II- COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A segunda parte do presente relatório diz respeito à componente de investigação sendo este capítulo composto pela justificação e enquadramento do problema, pelos procedimentos metodológicos cumpridos para a realização do estudo e, por último pela apresentação, análise e discussão de resultados da investigação acerca da Satisfação Conjugal nos casais com filhos pequenos (até 12 meses de idade).

A investigação é indispensável para a evolução de qualquer ciência (Fortin, 2009). Segundo Figueiredo (2012), a investigação em ESF ao longo dos anos sofreu enormes avanços e desenvolvimentos e constituindo-se como potencial complexo de conhecimento, colocando questões epidemiológicas que advém de novos paradigmas que emergem através da interação com o mundo empírico e que permitem a sua compreensão.

1. JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Ao longo desta secção inicial, pretende-se justificar e desenvolver o enquadramento teórico da problemática em estudo que consiste na definição/conceptualização de um tema de investigação, iniciando-se quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. A conceptualização consiste numa forma ordenada de formular ideias de um determinado assunto e documentá-las de modo a estruturar o estudo de forma clara e objetiva.

Após a análise do ficheiro de utentes da equipa de saúde da USF, constatou-se que existem bastantes casais em idade fértil e também alguns casais grávidos ou com filhos bebés, encontrando-se numa fase de transição para a parentalidade.

O contacto com as famílias em fase de transição para a parentalidade despertou em mim um profundo interesse pela dinâmica conjugal e pela forma como esta se reconfigura após o nascimento dos filhos. Esta experiência reforçou a minha motivação para aprofundar o estudo das interações familiares, com especial enfoque na conjugalidade, na coparentalidade e nos processos de adaptação que sustentam o bem-estar-familiar.

De acordo com Relvas (2006), a formação do casal implica uma reorganização das fronteiras com a família alargada, concretizada através da criação de regras e normas que definem as relações do novo núcleo conjugal com ambas as famílias de origem. Este processo marca não apenas a consolidação da identidade do casal, mas também o início da preparação para a parentalidade exigindo ajustamentos emocionais, comunicacionais e estruturais que sustentem a futura coesão familiar.

Segundo Meleis (2010), a transição para a parentalidade pode ser considerada uma transição situacional pois os indivíduos adquirem um novo papel mantendo os papéis que já desempenhavam anteriormente. O casal necessita de adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos e adaptar-se ao papel parental, mantendo o papel conjugal. Contudo esta transição pode também, ser considerada normativa e desenvolvimental após o nascimento do primeiro filho pois os indivíduos necessitam de se desenvolver individualmente para desempenhar o papel parental, marcando assim a passagem da família para uma nova fase do ciclo de vida familiar. De acordo com Figueiredo (2023), a transição para a parentalidade constitui uma das transições normativas mais impactantes na vida de uma família, exigindo uma reorganização significativa das dinâmicas conjugais, individuais e intergeracionais.

O nascimento do primeiro filho é expectável ao longo do ciclo vital da família, e uma experiência única para a maioria dos casais. É uma transição que implica o ajustamento

e adaptação de cada membro do casal. Com a primazia das necessidades associadas ao bebê numa fase inicial, leva ao desinvestimento na relação conjugal por cada membro do casal, comprometendo assim a sua qualidade (Carvalho, 2020). A transição para a parentalidade começa durante o período pré-natal, mas o sentido efetivo de tornar-se mãe/pai ocorre durante os primeiros 12 meses do bebê (Vieira et al., 2008). Segundo Relvas (2006), é no momento do nascimento do primeiro filho que se inicia o ajustamento do sistema conjugal ao parental. A vinda de um novo elemento traz consigo um elevado grau de responsabilidade provocando por vezes nos pais alguma ansiedade e incerteza acompanhada de cansaço.

A conjugalidade torna-se um desafio na parentalidade, uma vez que é sofrida uma mudança na dinâmica e estrutura familiar tornando-se por isso uma área de atenção para o EEESF, devendo este ser um agente facilitador no processo de transição, privilegiando o cuidado de proximidade e auxiliando a família através da sua capacitação e encontro de estratégias de adaptação à nova etapa da vida.

Segundo Silva et al. (2021), a transição para a parentalidade exige que haja uma reorganização familiar e estabelecimento de novos papéis e funções pois, a díade alarga-se a tríade provocando alterações no casal e nas relações que este mantém. É fundamental que o casal comunique os seus sentimentos, frustrações e necessidades de forma a manter a satisfação conjugal. Ao longo desta fase o casal pode sofrer um maior afastamento, aumento dos conflitos e diminuição da satisfação conjugal e sexual (Figueiredo, 2023).

Se o casal enquanto díade, apresentar fatores facilitadores, nomeadamente o planeamento da gravidez, a comunicação entre o casal e o apoio contínuo dos profissionais de saúde especializados na área, a transição para a parentalidade pode se realizar de forma mais simples e saudável.

A adaptação à parentalidade é definida pela CIPE como o conjunto de comportamentos, ações e expectativas do futuro pai/mãe, criadas a partir do momento em que se sabe da gravidez, englobando o ajustamento à gravidez ações tomadas com a preparação para ser pai/mãe, e a interiorização das expectativas da família, família alargada, amigos e sociedade sobre o desempenho deste papel (Internacional Council of Nurses, 2018). Por sua vez, segundo Reticena et al. (2019), a parentalidade é caracterizada pelo comportamento que os pais adotam com base nos melhores interesses da criança, assegurando uma relação nutritiva, fortalecedora não violenta, proporcionando o reconhecimento e orientação para o estabelecimento de limites que possibilitem o desenvolvimento da criança em pleno.

A matriz operativa do MDAIF sistematiza as práticas de enfermagem de saúde familiar, apresentando uma estrutura que permite a organização do pensamento da enfermagem, onde se encontram descritas as etapas do processo de enfermagem com as especificidades da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2020). Na problemática em estudo, é fulcral compreender a dimensão estrutural do casal, perceber se este tem apoio da família extensa ou sistemas amplos nesta fase de transição e também se o edifício residencial tem condições básicas, e adaptadas, para acolher o novo elemento da família (Figueiredo, 2020). No que toca à dimensão desenvolvimental, segundo a mesma autora deve ser avaliada a etapa do ciclo vital em que a família se encontra e posteriormente os focos inerentes a esta etapa a ter em atenção. Para a realização do estudo o foco a ter em atenção é a satisfação conjugal. Neste foco devem ser tidas em consideração as seguintes dimensões: a relação dinâmica, que avalia a satisfação sobre a divisão de tarefas domésticas, o tempo que passam em casal e o modo como expressam sentimentos; a comunicação que engloba a partilha de receios e expectativas, a concordância quando existem situações dispare e a satisfação com o padrão comunicacional; a interação sexual referindo-se à satisfação e conhecimento no âmbito da sexualidade e por último a função sexual que diz respeito à existência de disfunções sexuais. A alteração de qualquer um dos domínios anteriormente referidos resulta no diagnóstico de enfermagem de Satisfação Conjugal não mantida (Figueiredo, 2020). No âmbito da dimensão funcional, o presente estudo privilegia a avaliação do processo familiar como foco de atenção, uma vez que recorre à aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal (EASAVIC). No processo familiar é esperada a avaliação de quatro dimensões: a comunicação familiar, o *coping* familiar, a interação de papéis familiares e relação dinâmica. A comunicação familiar avalia a comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal e comunicação circular, o *coping* familiar diz respeito à capacidade que a família apresenta para solucionar os problemas com que se vão deparando em conjunto, a interação de papéis familiares engloba a gestão dos vários papéis desempenhados na família e, por último a relação dinâmica avalia a existência de diferentes níveis de influência e poder, o nível de coesão e adaptabilidade e o nível de funcionalidade da família. A alteração de um destes domínios resulta no diagnóstico de enfermagem de Processo Familiar Disfuncional (Figueiredo, 2020). A Teoria Geral dos Sistemas defende que o sistema familiar é um sistema aberto, encontrando-se em constante interação com o meio externo e os seus elementos. Assim, o sistema familiar distingue-se da mera soma das suas partes, pois constitui uma unidade organizada que integra fronteiras, hierarquias e padrões relacionais próprios. Os processos de adaptação e transição vividos ao longo do ciclo vital por cada elemento da família, influencia/impacta todos os outros elementos que fazem parte do sistema familiar e vice-versa. É por isso

fundamental que o enfermeiro de família apresente uma visão sistêmica da família (Figueiredo, 2023). Segundo Narciso e Costa (1996, p.115), a satisfação conjugal encontra-se relacionada com as “semelhanças e diferenças, proximidades e distâncias, complementaridades e simetrias”. A avaliação individual e subjetiva da significância da conjugalidade realizada por cada elemento do casal no que toca ao funcionamento conjugal e amor, define a satisfação conjugal. Ao ser uma área subjetiva, a satisfação conjugal torna-se numa área difícil de ser estudada.

O papel do enfermeiro de família inicia quando o casal começa a planejar a gravidez, promovendo competências na família para a vivência de uma gravidez, parto e parentalidade tranquilos (Martins, 2013). Ao conhecer as vivências dos casais na parentalidade e as suas dificuldades será possível que o EEESF antecipe cuidados de acordo com as tarefas inerentes nesta etapa do Ciclo de Duvall, obtendo ganhos em saúde e tornando a família mais capacitada. Com este estudo pretendo evidenciar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) estar desperto e capacitado para avaliar e intervir no sistema conjugal durante a transição para a parentalidade- uma fase crítica do ciclo vital familiar. Simultaneamente, enquanto futura EEESF, procuro compreender quais são as principais dificuldades experienciadas pelos casais nesta etapa, de modo a planejar intervenções mais sensíveis, eficazes e centradas nas reais necessidades das famílias.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A escolha da metodologia de um estudo científico deve ter em consideração a natureza do problema a investigar e a perspetiva teórica dos investigadores relativamente às várias formas de abordar esse mesmo problema. A metodologia é o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso de métodos (Coutinho, 2021).

Neste capítulo descreve-se o tipo de estudo realizado, os objetivos da investigação, a população-alvo, os instrumentos e os procedimentos previstos para a recolha de dados, bem como os procedimentos formais e éticos a considerar.

2.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa.

Com a realização de estudos descritivos pretende-se obter mais informações sobre fenómenos que ainda são pouco estudados na investigação com o objetivo de explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, de modo a compreender as que se encontram relacionadas com determinado fenómeno (Fortin, 1999). Através de um estudo transversal os dados são colhidos apenas num momento, isto é, as variáveis são analisadas uma única vez não sendo por isso possível estabelecer uma relação de causa-efeito pois não há acompanhamento dos participantes ao longo do tempo.

2.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Baptista & Sousa (2011), defendem que toda a investigação está sustentada em objetivos indicadores do propósito da mesma, correspondendo assim aos resultados que a investigação quer atingir. Segundo Fortin (1999), nos estudos descritivos-correlacionais são apenas formuladas questões de investigação e não hipóteses pois, serão avaliadas as relações entre variáveis apenas. Para esse autor, os objetivos são norteadores da exploração, descrição e compreensão da temática. Assim, definiram-se para o presente estudo de investigação as seguintes questões: “Qual é o nível de satisfação conjugal das famílias com filhos pequenos?” e “Qual é a influência dos fatores sociodemográficos na satisfação conjugal de famílias com filhos pequenos?”.

Com a realização deste estudo pretendo conhecer a satisfação conjugal dos casais na parentalidade, e analisar a influência das características sociodemográficas na satisfação conjugal nas diferentes dimensões.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população que integrou o estudo são famílias pertencentes aos ficheiros de utentes das várias equipas de saúde familiar da USF. A população-alvo são casais que tenham um filho até 12 meses de idade inclusive. Trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

Foram definidos como critérios de inclusão: casais heterossexuais casados ou em união de facto, com idade igual ou superior a 18 anos e cujo filho tem até 12 meses de idade inclusive e ambos os elementos do casal aceite fazer parte do estudo. Como critérios de exclusão consideraram-se casais em que um ou ambos os membros do casal recusassem participar no estudo e famílias em que algum dos membros da família nuclear apresentasse alterações/défices cognitivos que dificultassem a compreensão das questões ou um dos elementos não saiba ler ou escrever.

Para identificar o número total de famílias elegíveis para o presente estudo, procedeu-se, em colaboração com a enfermeira cooperante, à consulta do Sclínico, nomeadamente das listas de utentes integrados no Programa de Saúde Infantil associadas aos diferentes enfermeiros de família da unidade. Através desta análise, foram identificadas 32 famílias que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos para a realização do estudo.

2.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

É através do instrumento de recolha de dados que o investigador conhece os fenómenos em estudo e extrai a informação, obtendo dados necessários para o decurso da investigação (Vielas, 2022).

Neste tipo de estudos, os dados são colhidos normalmente através de um método quantitativo como a aplicação de escalas e questionários. O instrumento de recolha de dados (Apêndice 3) foi criado e organizado pela investigadora com a finalidade de ser autopreenchido através de suporte de papel. Para isso, foram entregues lotes de dois questionários a cada família e explicada a importância de o questionário ser preenchido individualmente.

O questionário inicia-se por breves questões para detalhar as características sociodemográficas da família, seguido da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), de Narciso e Costa, 1996.

Questionário sociodemográfico:

O questionário foi elaborado pela investigadora com o objetivo de caracterizar cada um dos elementos das famílias participantes no estudo. Este instrumento inclui questões relativas à idade, sexo, estado civil, nível socioeconómico, tipo de família, duração do relacionamento, número de filhos, idade do filho mais velho e se a gravidez foi ou não planeada, permitindo uma descrição sociodemográfica mais detalhada dos participantes.

Escala de Graffar:

O questionário inclui também a Escala de Graffar com o objetivo de avaliar as condições socioeconómicas das famílias participantes, permitindo a identificação da sua classe social. Esta escala contempla cinco dimensões sociais: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto de habitação e aspeto do bairro de residência (Figueiredo, 2012).

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

Esta escala foi elaborada por Narciso e Costa em 1996, com a finalidade de avaliar a satisfação dos casais com as diferentes áreas da vida conjugal tais como: intimidade emocional, sexualidade, comunicação conflito, funções familiares, rede social, autonomia e tempos livres. A aplicação deste instrumento é pertinente para o estudo pois permite a avaliação mais objetiva desta dimensão.

A escala é constituída por 44 questões divididas em duas categorias: o funcionamento conjugal e o amor. O funcionamento conjugal subdivide-se em cinco áreas da vida conjugal como os tempos livres, as relações extra-familiares, a autonomia, a comunicação e conflitos e funções familiares, por sua vez, o amor subdivide-se também em 5 áreas como as características físicas e psicológicas, os sentimentos e expressão de sentimentos, a intimidade emocional, a sexualidade e a continuidade. Em 2010, esta escala foi revista pelas suas autoras que alteraram as categorias dividindo a escala em sete dimensões sendo elas: **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); Tempos Livres (questões 5, 6). Para obter a satisfação específica em cada dimensão, calcula-se a média das pontuações dos itens que compõe essa dimensão e para obter uma cotação total da satisfação global calcula-se a média de todos os itens da escala.

A presente escala é do tipo Likert, entre 1 a 6 pontos: nada satisfeito, pouco satisfeito, razoavelmente satisfeito, satisfeito, muito satisfeito e completamente satisfeito. Os itens são organizados no sentido crescente, isto é, quanto mais alta a pontuação, maior é a satisfação conjugal.

As famílias foram convidadas a participar no estudo pela enfermeira cooperante responsável pela família em causa, num momento oportuno de consulta agendada na USF, garantindo sempre a confidencialidade ao longo de todo o processo. Foi entregue um questionário a cada membro do casal, podendo os participantes responder aos questionários na USF após a consulta ou levarem para casa e entregar posteriormente na USF num envelope fechado sem qualquer identificação que será cedido à família.

2.5. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Na presente investigação a informação obtida foi analisada de acordo com as variáveis em estudo. Para o tratamento de dados quantitativos recorreu-se ao programa informático IBM SPSS *Statistics*, versão 29.0 para o Windows, utilizando medidas estatísticas como frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central como média e medidas de dispersão como desvio padrão, variância e amplitude para cada variável de forma individual.

A consistência interna dos dados recolhidos, isto é a fiabilidade da escala utilizada pode ser estudada através da análise da sua consistência interna. Existem diversos métodos para avaliar a consistência, contudo neste estudo por se tratar de uma escala tipo Likert, o método mais adequado é a determinação do coeficiente Alpha de Cronbach. Se não houver uma cotação incorreta dos itens, este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1. Para este coeficiente, os valores mais próximos de 1 indicam maior consistência interna e por isso maior confiabilidade. Quanto mais elevada é a consistência interna de uma escala maior é também a sua homogeneidade e os itens encontram-se mais correlacionados. Segundo Maroco & Marques (2006) um instrumento é fiável quando o Alpha é pelo menos 0,7.

A autora da escala cedeu à investigadora os resultados relativos à revisão de 2010 por via e-mail. Narciso & Costa (1996), obtiveram na sua escala um Alpha de Cronbach de 0,97 na Satisfação Conjugal Global o que indica que a escala apresenta uma consistência interna elevada, sendo por isso confiável. Por sua vez, o Alpha de Cronbach obtido neste estudo na Satisfação Conjugal Global é de 0,99 sendo idêntico ao Alpha de Cronbach obtido pelas autoras.

Para testar a normalidade da distribuição da variável dependente e decidir o tipo de estatística inferencial recorreu-se ao Teste Kolmogorov- Smirnov, onde se obteve um $p < 0,05$, concluindo-se assim que a distribuição é não normal. Assim, foram utilizados procedimentos estatísticos não paramétricos. Na aplicação dos testes de estatística inferencial utilizaram-se: o teste U Mann-Whitney (para comparar os valores médios de uma variável quantitativa entre dois grupos independentes), o teste H de Kruskal-Wallis (para comparar os valores médios de três ou mais grupos independentes) e ainda o teste de correlação de Spearman (para efetuar correlações entre as variáveis independentes quantitativas contínuas e a variável dependente).

2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Os direitos da pessoa devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação, nomeadamente os direitos: à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo; e ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999).

Durante a fase de elaboração do instrumento de recolha de dados, foi solicitada à autora da Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal (EASAVIC) a respetiva autorização para a sua utilização no presente estudo. A autora concedeu a autorização e disponibilizou a informação complementar que sustenta a aplicação da escala e se encontra em anexo (Anexo 4).

Para a realização desta investigação, foram solicitadas previamente as autorizações institucionais necessárias para a realização da mesma, nomeadamente à coordenadora da USF (Anexo 5), à enfermeira cooperante (Anexo 6), à Comissão de Ética da ULSMT (Anexo 7) e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo 8).

Os participantes foram informados da importância da sua participação no estudo, da natureza, objetivos, finalidade e metodologia utilizadas para o desenvolvimento do mesmo. Foi garantido ainda aos participantes que os seus dados seriam utilizados exclusivamente para a decorrente investigação e aquando do termino da mesma, seriam destruídos.

Juntamente com os questionários foi entregue um consentimento informado (Apêndice 4), elaborado pela investigadora para cada um dos participantes assinar em duplicado ficando uma cópia para a investigadora e outra para o participante.

Após a conclusão do tratamento dos dados, os questionários foram integralmente destruídos, garantindo-se assim a confidencialidade e o cumprimento das normas éticas de proteção da informação dos participantes.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, encontram-se descritos os resultados da investigação obtidos incluindo a caracterização da amostra através do tratamento estatístico e da análise de conteúdo através da discussão de resultados confrontando-os com outros estudos.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 50 elementos, organizados em 25 casais. Uma vez que os membros do casal partilham dos mesmos contextos e experiências comuns poderá haver interdependência entre as respostas, contribuindo assim para a ausência de significância estatística nas associações testadas, refletindo a tendência para respostas semelhantes dentro de cada díade. Assim, os resultados devem ser interpretados com cautela, tendo em conta que a reduzida variabilidade entre parceiros limita a deteção de diferenças estatisticamente robustas.

Na Tabela 2, encontram-se os resultados obtidos relativos à caracterização da amostra dos 50 participantes (25 casais). Estes resultados permitem concluir que a maioria dos participantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos ($n=28$, 56.00%), são da classe média ($n=26$, 52.00%), estão num relacionamento entre 5 e 10 anos ($n=30$, 60.00%), pertencem a um tipo de família nuclear ($n=44$, 88.00%), têm 2 filhos ($n=24$, 48.00%), pertencem a um agregado familiar constituído por 4 elementos ($n=22$, 44.00%) e tiveram uma gravidez planeada ($n=36$, 72.00%).

Tabela 2*Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo*

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	25	50,0%
	Masculino	25	50,0%
Idade	18-24 anos	2	4,0%
	25-34 anos	28	56,0%
	35-44 anos	17	34,0%
	45-54 anos	3	6,0%
Nacionalidade	Portuguesa	50	100%
Estado Civil	Solteiro	0	0%
	União de Facto	36	72%
	Casado	14	28%
Nível Sócio Económico	Classe Média Baixa	2	4,0%
	Classe Média	26	52,0%
	Classe Média Alta	16	32,0%
	Classe Alta	6	12,0%
Duração do Relacionamento Conjugal	0-1 ano	0	0%
	2-5 anos	8	16,0%
	5-10 anos	30	60,0%
	Mais de 10 anos	12	24,0%
Tipo de Família	Alargada	2	4,0%
	Nuclear	44	88,0%
	Reconstruída	4	8,0%
Número de Filhos	1 Filho	16	32,0%
	2 Filhos	24	48,0%
	3 Filhos	10	20,0%
Nº de elementos do agregado familiar	3 Elementos	16	32,0%
	4 Elementos	22	44,0%
	5 Elementos	10	20,0%
	6 Elementos	2	4,0%
Gravidez Planeada	Gravidez não planeada	14	28,0%
	Gravidez Planeada	36	72,0%

Legenda: n- número absoluto %- Percentagem

Fonte: Própria

3.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Considerando que a escala EASAVIC varia entre 1 a 6 pontos, é possível constatar que as várias dimensões apresentam resultados elevados (entre 4 e 5).

A análise dos dados revelou que a dimensão com maior nível de satisfação entre os participantes foi a intimidade emocional com média de 4,70 (Md=5.33, Dp=1.32). Por outro lado, a dimensão com menor nível de satisfação foi os tempos livres, apresentando uma média de 3,53 (Md=3.50, Dp=0.89). Estes resultados sugerem que os participantes tendem a valorizar mais os aspetos afetivos da relação do que as atividades compartilhadas durante o tempo livre.

O resultado obtido para a satisfação conjugal em geral apresenta uma média de 4.28 (Md=4.65, Dp=1.12) revelando uma tendência para um nível mais elevado.

Na Tabela 3, encontram-se os resultados das várias dimensões da Satisfação Conjugal.

Tabela 3

Resultados obtidos nas dimensões EASAVIC

Dimensões EASAVIC	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Intimidade Emocional (n=50)	4,70	5,33	1,32	1,50	6,00
Sexualidade (n=50)	4,42	5,08	1,30	1,00	5,83
Comunicação/Conflito(n=50)	4,41	4,86	1,25	1,00	5,71
Funções Familiares (n=50)	4,13	4,25	1,12	1,00	5,25
Rede Social (n=50)	4,38	4,67	1,09	2,00	6,00
Autonomia (n=50)	4,38	4,63	1,25	1,00	6,00
Tempos Livres (n=50)	3,53	3,50	0,89	1,00	5,00
Satisfação Conjugal (n=50)	4,28	4,65	1,12	1,26	5,50

Fonte: própria

Analisando os resultados por sexo, é possível constatar que em todas as dimensões e na satisfação conjugal no geral, os resultados apresentam-se mais elevados no sexo masculino, verificando-se apenas na dimensão da rede social um resultado mais elevado no sexo feminino. Ainda assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0,05$). Podemos ler estes dados na Tabela 4.

Tabela 4

Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável sexo com o teste U Mann-Whitney

Dimensões	Feminino(n=25)		Masculino (n=25)		U	(p)
	Média	Mediana	Média	Mediana		
Intimidade Emocional	4,61	5,00	4,79	5,39	280.50	0.533
Sexualidade	4,33	5,00	4,51	5,17	289.00	0.645
Comunicação/Conflito	4,31	4,86	4,50	5,00	282.00	0.552
Funções Familiares	4,01	4,25	4,24	4,75	273.00	0.439
Rede Social	4,48	4,67	4,28	4,67	278.00	0.500
Autonomia	4,21	4,50	4,54	5,00	258.00	0.287
Tempos Livres	3,36	3,50	3,70	4,00	243.00	0.169
Satisfação Conjugal	4,19	4,65	4,36	4,96	277.50	0.496

Fonte: própria

Com o intuito de verificar a diferença entre os vários grupos etários e a satisfação conjugal nas respetivas dimensões, foi realizada uma comparação das distribuições obtidas nos vários grupos etários. Os resultados revelam que os indivíduos mais velhos (45-54 anos) apresentam resultados mais elevados de satisfação conjugal no geral bem como nas diferentes dimensões como podemos observar na Tabela 5. Apesar disso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos etários e a satisfação conjugal e as suas dimensões ($p < 0,05$).

Tabela 5

Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável grupo etário com o teste H de Kruskal-Wallis

Dimensões	18-24 anos		25-34 anos		35-44 anos		45-54 anos		H	(p)
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana		
Intimidade Emocional	2,25	2,25	4,60	5,00	4,99	5,33	5,59	5,44	7.27	0,064
Sexualidade	2,00	2,00	4,39	4,83	4,60	5,17	5,28	5,33	5.28	0,152
Comunicação/Conflito	2,00	2,00	4,41	4,79	4,56	5,00	5,10	5,00	4.82	0,186
Funções Familiares	2,00	2,00	4,10	4,13	4,31	4,75	4,75	4,75	5.24	0,155
Rede Social	2,67	2,67	4,40	4,50	4,47	4,67	4,78	4,67	4.04	0,257
Autonomia	2,00	2,00	4,45	4,88	4,41	4,50	5,08	5,00	5.74	0,125
Tempos Livres	2,00	2,00	3,59	4,00	3,53	3,50	4,00	4,00	4.86	0,182
Satisfação Conjugal	2,13	2,13	4,28	4,56	4,41	4,96	4,94	4,96	5.13	0.163

Fonte: própria

Para além da análise da diferença de médias foi também realizada uma análise complementar no sentido de se verificar a relação entre a idade e a satisfação conjugal em geral e nas suas dimensões.

Os resultados do teste de correlação de Spearman revelaram uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p=0,018$) na dimensão Intimidade Emocional. Podemos afirmar que quanto maior a idade, maior pontuação na dimensão Intimidade Emocional, como demonstrado na Tabela 6. Em mais nenhuma das dimensões da escala se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 6

Análise dos resultados do teste de correlação de Spearman das dimensões EASAVIC por idade

Dimensões	rs	(p)
<i>Intimidade Emocional</i>	0,33	0.018
<i>Sexualidade</i>	0,21	0.154
<i>Comunicação/Conflito</i>	0,15	0.305
<i>Funções Familiares</i>	0,23	0.112
<i>Rede Social</i>	0,17	0.236
<i>Autonomia</i>	0,09	0.528
<i>Tempos Livres</i>	0,08	0.569
<i>Satisfação Conjugal</i>	0,19	0.193

Fonte: Própria

Através da Escala de Graffar foi possível avaliar o nível socioeconómico de todos os casais, observando-se que é na classe média baixa que existe uma satisfação conjugal mais elevada no geral, assim como nas várias dimensões.

Como representado na Tabela 7, segundo o teste de Kruskal-Wallis os resultados não variam de forma estatisticamente significativa tanto a nível da satisfação conjugal no geral como das várias dimensões ($p>0.05$).

Tabela 7

Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável classe social com o teste H de Kruskal-Wallis

Dimensões	Classe Média Baixa		Classe Média		Classe Média Alta		Classe Alta		H	(p)
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana		
Intimidade Emocional	5,39	5,39	4,66	5,17	4,73	5,00	4,55	5,39	0.31	0.958
Sexualidade	5,25	5,25	4,38	5,00	4,46	4,67	4,19	5,25	0.50	0.919
Comunicação/Conflito	4,93	4,93	4,41	4,93	4,45	4,64	4,10	4,93	0.28	0.964
Funções Familiares	4,75	4,75	4,08	4,25	4,22	4,25	3,88	4,50	0.993	0.803
Rede Social	4,67	4,67	4,44	4,67	4,31	4,67	4,22	4,67	0.191	0.979
Autonomia	4,88	4,88	4,42	4,88	4,39	4,50	3,96	4,63	1.02	0.796
Tempos Livres	3,75	3,75	3,52	3,75	3,63	3,50	3,25	3,50	0.34	0.953
Satisfação Conjugal	4,80	4,80	4,27	4,62	4,31	4,43	4,02	4,80	0.18	0.982

Fonte: própria

No que toca ao tempo de relacionamento, conforme a Tabela 8, é possível verificar que a satisfação conjugal em geral, assim como algumas das suas dimensões (intimidade emocional, sexualidade, comunicação/conflito e funções familiares) é mais elevada nos indivíduos que estão há mais tempo num relacionamento (mais de 10 anos). Verifica-se também uma maior satisfação com a rede social nos indivíduos que apresentam um tempo de relacionamento mais curto (2-5 anos). Os casais com relacionamento entre 5 a 10 anos encontram-se mais satisfeitos com a sua autonomia e tempos livres.

Tabela 8

Análise da diferença de médias das várias dimensões para a variável tempo de relacionamento com o teste H de Kruskal-Wallis

Dimensões	2-5 anos		5-10 anos		Mais de 10 anos		H	(p)
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana		
Intimidade Emocional	4,91	5,72	4,54	4,97	4,96	5,33	2.96	0.227
Sexualidade	4,48	5,33	4,32	4,42	4,64	5,17	0.41	0.814
Comunicação/Conflito	4,41	5,14	4,35	4,57	4,54	4,93	0.13	0.937
Funções Familiares	4,13	4,75	4,06	4,13	4,29	4,50	0.45	0.799
Rede Social	4,50	4,83	4,31	4,33	4,47	4,67	0.54	0.763
Autonomia	4,22	4,63	4,43	4,63	4,33	4,63	0.34	0.846
Tempos Livres	3,44	3,50	3,55	4,00	3,54	3,50	0.08	0.958
Satisfação Conjugal	4,30	5,00	4,22	4,43	4,40	4,80	0.42	0.812

Fonte: própria

Apesar destas diferenças é importante salientar que as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas quer a nível da satisfação conjugal em geral como a nível das várias dimensões ($p>0.05$).

3.3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Através do estudo realizado podemos concluir que a intimidade emocional é a dimensão na qual os casais se encontram mais satisfeitos e na dimensão tempos livres mais insatisfeitos. Também Fernandes (2023), no seu estudo da funcionalidade familiar na transição para a parentalidade obteve também maior valor na intimidade emocional e menor valor na área dos tempos livres. Segundo Silva (2021), com o avançar da idade a expressão de sentimentos torna-se mais pura, aplicando maior importância à expressão de sentimentos. Narciso e Costa (1996), corroboram estes resultados afirmando que a dimensão da intimidade emocional influencia de forma significativa a satisfação conjugal no geral e a dimensão dos tempos livres foi a área que os indivíduos apresentaram resultados mais baixos.

Constatou-se também que os níveis de satisfação conjugal se encontram mais elevados no sexo masculino, exceto na dimensão rede social onde são as mulheres que apresentam maior satisfação. Pelo contrário, Barros (2022), defende que são as mulheres que apresentam maiores níveis de satisfação conjugal, referindo que as mães que apresentam menos satisfação conjugal tendem a dedicar-se maioritariamente aos seus filhos, havendo assim desinvestimento da relação conjugal.

Analisando os resultados obtidos, são os indivíduos mais velhos (45-54 anos) que apresentam resultados mais elevados de satisfação conjugal no geral, concluindo-se que a intimidade emocional apresenta uma correlação positiva e significativa com a idade, isto é, quanto maior for a idade maior a satisfação da intimidade emocional. Fortunato (2009), contraria estes dados ao afirmar que, a idade dos participantes influencia a satisfação conjugal, encontrando-se os níveis mais elevados de satisfação conjugal nos indivíduos mais jovens.

No que toca à variável dimensão social, não existe uma variação significativa ao longo das dimensões, contudo, podemos afirmar que é a classe média baixa quem apresenta uma maior satisfação conjugal. Segundo Pires (2008), a satisfação conjugal é influenciada significativamente nas classes média, média-alta e alta.

A variável tempo de relacionamento, por sua vez, também não apresenta diferenças estatisticamente significativas, porém, a satisfação conjugal no geral e na maioria das suas dimensões (intimidade emocional, a sexualidade, a comunicação/conflito e funções familiares) é mais elevada nos indivíduos que estão há mais tempo num relacionamento. Costa (2019), citado por Santos (2025), defende que ao longo do ciclo vital o casal com a saída dos filhos de casa, acaba por ter maior disponibilidade para namorar e vivenciar a sexualidade de forma mais tranquila. Também Lopes (2008), corrobora ao afirmar que nos primeiros anos de vivência do casal este ainda é influenciado pelas famílias de origem e nos períodos entre os 5 e os 14 anos de casamento a relação com a família alargada deixa de ser tão significativa, motivo que pode ser explicado devido ao facto do casal se encontrar focado nas questões parentais. Lopes (2008), acrescenta ainda que a partir dos 15 anos de casamento a relação conjugal volta a tornar-se mais significativa pois nesta fase o casal já se encontra menos preocupado com os filhos dando ênfase às questões conjugais. Ainda Barros (2022), defende que o nível de satisfação conjugal é percecionado de forma mais elevada pelos pais das crianças em idade escolar, seguindo-se os pais cujos filhos já saíram de casa, depois os pais com filhos pequenos e por último os pais com filhos adolescentes.

Narciso e Costa (1996), defendem que a satisfação conjugal é algo muito pessoal e subjetivo, sendo difícil avaliar-se, motivo pelo qual se deve ter em conta as particularidades de cada casal tendo em consideração as suas vivências, não realizando uma interpretação dos valores da EASAVIC de forma rigorosa.

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. Assim, é importante colher dados relevantes que permitam avaliar as dimensões da satisfação conjugal para poder proceder-se à formalização de diagnósticos de enfermagem adequados e ao planeamento de intervenções dirigidas.

O presente estudo permitiu realizar uma análise da relação entre a satisfação conjugal e a parentalidade, porém é necessário reconhecer algumas limitações que acabam por condicionar os resultados.

Como principal limitação, destaca-se o facto de o estudo apresentar uma natureza transversal, o que, embora permita identificar correlações entre variáveis não possibilita estabelecer relações de causalidade. Esta característica metodológica restringe a interpretação dos resultados no que diz respeito à influência dos fatores analisados sendo necessário atenção na extrapolação dos dados.

Outra limitação do estudo é que este, primeiramente era para ser aplicado apenas a casais que se encontravam na transição para a parentalidade, isto é, casais em que ambos os elementos, eram pais pela vez de um bebé até aos 12 meses de idade para assim perceber a influência da satisfação conjugal em pais de primeira viagem. Contudo, como a maioria dos casais com filhos até 12 meses de idade pertencentes à USF já não eram pais de primeira viagem, optei por considerar todos os casais que fossem pais de um bebé até 12 meses de idade (independentemente do número de filhos que já tinham) para obter um número de elementos suficiente para a população em estudo. Mesmo assim, o número reduzido de participantes (50 indivíduos) representa uma limitação importante, comprometendo a robustez estatística dos testes aplicados, limitando a possibilidade de generalizar os resultados obtidos na população em geral. Seria interessante, numa investigação futura, constituir dois grupos distintos: um grupo composto por casais sem filhos e outro por casais com filhos. Essa divisão permitiria analisar comparativamente os dados e identificar possíveis diferenças quanto à influência da parentalidade na satisfação conjugal.

A aplicação da EASAVIC pode introduzir viés nos resultados, uma vez que os participantes, ao responderem às questões, podem tender a alinhar as suas respostas com as expectativas sociais, em detrimento dos seus sentimentos e percepções reais. Nesse sentido, a utilização conjunta da EASAVIC com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) para a recolha de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções direcionadas, permite uma avaliação mais sistematizada e abrangente da satisfação conjugal.

Por último, considera-se pertinente que, em futuras investigações a EASAVIC seja aplicada em conjunto com um instrumento que avalie a parentalidade, como o Inventário de Aliança Parental. Este instrumento é uma escala de Likert de 5 pontos que variam entre “Discordo Muito” e “Concordo Muito”, composto por 20 itens de auto-registo, onde cada indivíduo responde, demonstrando a sua opinião relativamente ao seu próprio envolvimento e do cônjuge no acompanhamento dos filhos (Pires, 2008).

A utilização conjunta destes dois instrumentos permitiria explorar de forma mais aprofundada a relação entre a satisfação conjugal e a qualidade da aliança parental, contribuindo para uma compreensão mais abrangente das dinâmicas familiares na transição para a parentalidade.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório permitiu realizar uma reflexão e introspeção de todo o percurso formativo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Os momentos de estágio permitiram aprofundar e adquirir Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área da saúde Familiar, através da aplicação de vários instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente o MDAIF, facilitando a avaliação e intervenção na família de um modo sistémico, obtendo ganhos em saúde. Toda a equipa da USF, principalmente a enfermeira cooperante, se mostrou disponível no meu acolhimento e partilha de conhecimentos no decorrer da prática clínica.

Como referido anteriormente, na USF apenas existe uma EEESF, constatando-se que os restantes enfermeiros não possuem conhecimento sobre alguns instrumentos de avaliação familiar e o MDAIF. Uma das maiores dificuldades sentidas ao longo de ambas as práticas clínicas foi sem dúvida o tempo de consulta existente, não sendo possível muitas vezes, aplicar o MDAIF de forma correta para avaliar, diagnosticar e intervir em conjunto com as famílias e manter o acompanhamento das mesmas para verificar os ganhos em saúde. Verificou-se que a maioria dos utentes não atribui relevância ao papel do enfermeiro de saúde familiar nos seus cuidados, valorizando predominantemente o médico de família. Diante dessa percepção, foi necessário intervir junto das famílias, evidenciando a importância do enfermeiro de família e o seu papel facilitador da funcionalidade familiar. Para dar resposta a este problema é necessário a presença de mais EEESF nas USF. Seria também benéfico para as famílias a existência de uma consulta de saúde familiar com o seu enfermeiro de família com mais tempo disponível para avaliar e diagnosticar as necessidades, intervindo em conjunto com a mesma, mantendo o acompanhamento à família de modo a ser possível perceber as mudanças ocorridas e os ganhos em saúde obtidos.

É também fundamental haver uma reestruturação dos indicadores contratualizados para as unidades funcionais pois como referido anteriormente, os existentes não demonstram a prática de saúde familiar e ainda, do suporte informático SClínico para que seja possível realizar avaliações registos da família de forma simples e adequada.

A investigação em enfermagem e atualização de conhecimentos baseada na melhor e mais recente evidência científica deve ser uma prática contínua, principalmente do Enfermeiro Especialista, tendo este o dever de ser formador e participante em planos de melhoria contínua.

Durante a prática clínica tive oportunidade de desenvolver um estudo de investigação sobre a satisfação conjugal na parentalidade, o que me permitiu conhecer de perto as vivências dos casais, bem como as alterações e dificuldades enfrentadas no processo de adaptação. Através dessa experiência, foi possível perceber que todas as famílias apresentavam necessidades relacionadas com a sua satisfação conjugal.

Importa salientar que houve uma significativa demora na emissão das autorizações necessárias para a realização do trabalho de investigação. Inicialmente, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, emitiu um parecer negativo, alegando que não poderia autorizar o estudo sem uma aprovação prévia da Comissão de Ética da ULSMT. Apenas após obtenção dessa autorização foi possível dar continuidade ao processo. O tempo para recolher dados durante o segundo momento de estágio após as autorizações foi escasso, pelo que tive de continuar a colher dados, mesmo depois do ensino clínico ter terminado.

Com o nascimento de um filho, os pais ficam mais centrados neste e nas suas necessidades, acabando por menosprezar a relação conjugal levando a conflitos entre o casal e ao seu afastamento.

O acompanhamento de famílias e apoio emocional prestado contribuíram significativamente para o fortalecimento de competências essenciais, como a comunicação, a empatia e a capacidade de avaliação do contexto familiar. Para além disso, atividades específicas, como intervenções na transição para a parentalidade e o suporte nas mudanças da dinâmica familiar, revelaram-se fundamentais para aprofundar o conhecimento sobre as necessidades particulares de cada família, especialmente durante de primeiros meses de vida do bebé.

Pode-se concluir que a parentalidade e a satisfação conjugal influenciam-se mutuamente. Quando um casal mantém um relacionamento saudável, cria-se um ambiente mais estável e harmonioso para os filhos, com menor nível de stress e maior cooperação nas atividades e educação. A forma como os pais interagem entre si, serve de modelo para os filhos, promovendo uma visão positiva das relações conjugais, baseada no respeito, afeto e resolução de conflitos eficaz. Assim, a satisfação conjugal constitui um alicerce fundamental para uma parentalidade eficaz.

A adaptação à parentalidade constitui uma das transições mais significativas no ciclo vital da família, exigindo acompanhamento qualificado, contínuo e sensível às necessidades emergentes dos casais. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar assume um papel determinante, não apenas pela sua proximidade e capacidade de intervenção precoce, mas também pela competência em clarificar expectativas, formular diagnósticos de enfermagem adequados e implementar intervenções orientadas para a promoção de ganhos

em saúde. A criação de uma consulta estruturada dirigida a casais revela-se, assim, uma estratégia pertinente e potencialmente transformadora, ao proporcionar um espaço de orientação, apoio e capacitação que facilita as transições inerentes à parentalidade. Investir neste tipo de abordagem reforça a centralidade da família nos cuidados de saúde, promove a autonomia parental e contribui para a construção de trajetórias de saúde mais positivas e sustentáveis ao longo do ciclo vital

É notória a escassez de estudos na área da enfermagem de saúde familiar em Portugal, nomeadamente na área da parentalidade e da conjugalidade, demonstrando a pertinência do presente estudo e a necessidade da realização de mais estudos.

Em síntese, considero que a realização do presente Relatório de Estágio permitiu alcançar os objetivos previamente delineados, consolidando o percurso formativo e contribuindo para a aquisição das competências especializadas que me qualificam enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica (3ª ed.)*. Quarteto.
- Baptista, C., Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha*. Lisboa, Portugal; Pactor Editora.
- Barros, S. M. G. (2022). Satisfação Conjugal e a coparentalidade ao longo do ciclo de vida da família (Dissertação de Mestrado). Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Portugal
- Biscaia, A.R., & Heleno, L.C.V. (2016). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-712.
- Carvalho, J. (2020). *Adaptação à parentalidade: Um desafio para novos pais: Estudo do stresse parental em pais primíparos* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática (2.ªed)*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina, S. A.
- Decreto-Lei n.º 102 de 7 de novembro de 2023. Diário da República n.º 102/2023 – I Série, pp. 4-6. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 104 de 21 de abril de 1998. Diário da República n.º 93/1998 – I Série, pp. 1739-1757. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 298 de 22 de agosto de 2007. Diário da República n.º 298/2007 – I Série, pp. 5587-5596. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 1668/2023 de 2 de fevereiro de 2023. Diário da República n.º 1668/2023 – II Série, pp. 63-68. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). *Guia Orientador: Estágio com Relatório*.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). *Guia Orientador: Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar*.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2024). *Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos*.

Fernandes, A. F. D. (2023). *Funcionalidade familiar na transição para a parentalidade*. (Relatório Final de Estágio de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Figueiredo, H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência/ Lusodidacta-Sabooks Editora

Figueiredo, M. H. J. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

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

Fortunato, A. (2009). Ecos da idade, sexo e nível socioeconómico em dimensões da conjugalidade: Satisfação, vinculação-afetividade e proximidade (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal.

Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* (Vol.1. 1ªed. Edited by C.Oliveira & P.Encarnação) San Francisco,CA: Lusodidacta.

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

International Council of Nurses. (2018). *CIPE Versão 2* (Edição Portuguesa). Ordem os enfermeiros.

Lopes, S. M. P. C. (2008). *Influências familiares na conjugalidade: o clima relacional na família de origem, a satisfação conjugal e a proximidade conjugal* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Portugal.

Magalhães, A. L. M. M. (2024). Estudo Empírico Intitulado: Adaptação à reforma e satisfação com a vida conjugal em casais a partir da meia-idade [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=dvI2EROK>

Maroco, J., & Marques, T.G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratórios de Psicologia*, 4(1):65-90

Martins, C. A. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade de Lisboa.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

MIM@UF (2024). *Diretório de Informação em Saúde*.

Ministério da Saúde (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários* (BI- CSP – SNS).

Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de consulta psicológica*, 12, 115-130.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: II série*, n.26.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros

Pires, A.S.R. (2008). *Estudo da Conjugalidade e da Parentalidade através da Satisfação Conjugal e da Aliança Parental* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal.

Portugal. (2023, 5 de dezembro). *Portaria n.º 411-A/2023. Diário da República*, 1º suplemento, I série, n.º 234.

Rebelo, L (2018). *A família em Medicina Geral e Familiar. Conceitos e Práticas*. Coimbra. Portugal: Almedina.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série*, n.º 26, 4744-4750.

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: 2ª Série*, n.º 135, 19354-19359. 120

Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Em *Diário da República: 2ª série*, n.º 124, 17384-17391

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série*, n.º 26, 4744-4750

Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento

Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L.D., Abreu, F. & Fracolli, L. A. (2019). *Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27e3213

Santos, J. C. M. (2025). *Adaptação à reforma e satisfação com a vida conjugal: estudo descritivo numa população rural* (Relatório de Estágio de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2022). Privacidade da informação no setor da saúde. Ministério da Saúde.

Silva, M. A. N. C. G. M. M (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários (Tese de doutoramento)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal

Silva, M., Gavinhos, M., Neves, V., & Camarneiro, A. P. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 2º semestre de 2021

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

Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

ANEXO 1



CERTIFICADO

Certifica-se que **Raquel Conde** apresentou o Poster com o título “**A influência da parentalidade na conjugalidade**” dos Autores

Francisca Graça, Raquel Conde no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

ANEXO 2

II Congresso Internacional
A Família no Epicentro da Enfermagem
de Saúde Familiar
30, 31 janeiro | 2025



A influência da parentalidade na conjugalidade
Francisca Graça e Raquel Conde

Introdução

- A transição para a parentalidade exige reorganização familiar, criação e redefinição de novos papéis e funções. A diade alarga-se a triade provocando alterações no casal e nas suas relações;
- Apesar de ser uma transição normativa e expectável, gera stress no meio familiar e constitui um foco de atenção de enfermagem
- Perante este desafio o enfermeiro de família tem um papel fundamental na capacitação do casal para a parentalidade;

OBJETIVOS:

- Perceber a influência da parentalidade na conjugalidade.
- Mapear a evidência científica existente sobre a transição para a parentalidade e as suas implicações no sistema conjugal.

Materiais e Métodos

Pesquisa preliminar na plataforma EBSCO nas bases de dados: Academic Search Complete; CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Psychology and Behavior.

Revisão da literatura do tipo Scoping Review baseada no referencial de Joanna Briggs Institute utilizando a mnemónica PCC (Salvador et al.,2021).

Participants (casais > 18 anos)
Concept(alterações na conjugalidade; influência da parentalidade na conjugalidade)
Context (parentalidade)

De que forma a transição para a parentalidade influencia a conjugalidade?

"Marital relations OR Marital quality OR Marital Satisfaction AND Transition to Parenthood"
"Conjuality AND Parenthood AND Transition"

Resultados

- Os principais sintomas de depressão pós-parto foram encontrados ao nível da intimidade sexual, relacionamento conjugal, nas atitudes em relação ao recém-nascido e no ajustamento e atitudes paternas (Ngai&Lam,2021);
- A componente mental influencia a qualidade de vida das mulheres, aumentando os níveis de stress pós-parto e diminuindo a vontade de intimidade sexual e relacionamento conjugal(Pinto et al.,2020);

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Artigos no espaço temporal de 2019-2024	Artigos com tema não adequado
Artigos em português ou inglês	Artigos Repetidos
Casais > 18 anos	Artigos de acesso pago

Conclusões

- Os sintomas de depressão no início da gravidez dificultam o ajustamento do casal durante a transição para a parentalidade;
- É fundamental que o enfermeiro de família tenha conhecimento dos fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade de modo a ser capaz de capacitar o casal a desenvolver estratégias e gerir o stress promovendo as relações conjugais e a qualidade de vida durante esta transição;
- A conjugalidade deve ser um foco em atenção nas consultas de vigilância da saúde materna, consultas de saúde infantil e ainda nos cursos de preparação para o parto;
- É necessário realizar mais estudos qualitativos e quantitativos em relação a esta temática pois ainda existe pouca informação disponível.

Referências Bibliográficas

Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>

Silva, M., Gavinhos, M., Neves, V., & Camarneiro, A. P. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade Pinto, T.M., Samorinha, C., Tendais, I.& Figueiredo, B. (2020). Depression and paternal adjustment and attitudes during the transition to parenthood. Journal of Reproductive and infant psychology, Vol 38, NO.3, 281-296. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652256>

Ngai, F., Lam, W.(2021). Stress, Marital Relationship and Quality of Life of Couples Across the Perinatal Period. Maternal and Child Health Journal 25:1884–1892 <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03249-6>

ANEXO 3



Declaração Comprovativa de Frequência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Francisca Marques Graça** portador(a) do documento de identificação com o número **15027530** frequentou, como formando(a), o **XVI Fórum Internacional de Úlceras e Feridas**, evento **Híbrido**, promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com a parceria da **SILAUHE – Sociedad Ibero-latinoamericana de Úlceras y Heridas**. O Fórum Internacional, também **certificado pela EWMA**, decorreu nos dias **21 e 22 de março**, detendo a duração de **11 horas**, conforme Plano Curricular.

22 de março de 2025

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

SILAUHE
Sociedad Ibero-latinoamericana Úlceras y Heridas

Kátia Furtado
(Presidente)

María del Rocío González
(Presidente)

ANEXO 4

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

FG

Francisca Graça

Para: narciso@fpce.ul.pt

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

qua, 03/07/2024 09:57

Exma Sra. Professora Doutora Isabel Narciso,

O meu nome é Francisca Marques Graça, sou enfermeira no serviço de Cirurgia do Hospital de Tomar, pertencente à ULS Médio Tejo. Atualmente encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, pretendo realizar um estudo de investigação sobre a satisfação conjugal na transição para a parentalidade, com o intuito de avaliar a satisfação do casal que se encontra a vivenciar esta transição e perceber quais os fatores facilitadores que o enfermeiro de família deve ter conhecimento e estar atento de modo a facilitar esta transição nas suas famílias. Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa,1996) e, ainda a sua disponibilidade para me enviar a respetiva escala e outras informações pertinentes para a aplicação e interpretação da mesma.

Grata pela atenção,
Com os melhores cumprimentos,
Francisca Marques Graça

Enviado do [Correio](#) para Windows

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

I

Isabel Santa Barbara Narciso<narciso@psicologia.ulisboa.pt>

Para: Você

qua, 03/07/2024 10:45

Dados Psicométricos EASAVI...

214 KB

EASAVIC.doc

89 KB

Referência EASAVIC.docx

16 KB

3 anexos (319 KB)

Guardar tudo no OneDrive

Transferir tudo

Autorização concedida.
Bom trabalho.

Cumprimentos
Isabel Narciso

ANEXO 5

FG

Francisca Graça

Para: [redacted]

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

Projeto de Investigacao.pdf

370 KB

Exma. Sr.ª Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar

Eu, Francisca Marques Graça, enfermeira na ULS Médio Tejo na Unidade do Hospital de Tomar encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me neste momento a realizar a Unidade Curricular Estágio com Relatório na Unidade de Saúde Familiar [redacted]. Venho por este meio solicitar a vossa Excelência Srt. Coordenadora da USF [redacted], a sua autorização para a realização de um trabalho de investigação na sua unidade, que decorrerá no período de estágio de 16 de setembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025.

Título do Estudo: "Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade"

Mestranda: Francisca Marques Graça

Orientadora: Professora Adjunta Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas

Coorientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva

O objetivo do referido estudo é avaliar a satisfação conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade inclusive e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias. Com este estudo pretendo demonstrar a importância do enfermeiro especialista em saúde familiar se encontrar desperto para avaliar e intervir no sistema conjugal na transição para a parentalidade e assim contribuir para a melhoria das práticas de Enfermagem no fortalecimento da família nomeadamente na conjugalidade e na parentalidade.

O estudo que pretendo desenvolver será um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa, e a população que irá integrar o estudo serão famílias pertencentes aos ficheiros da USF. A população-alvo serão casais que tenham pelo menos um filho até 12 meses de idade inclusive. A recolha de dados irá ser feita através de um questionário sociodemográfico elaborado por mim e pela aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), cuja autorização para a sua utilização já me foi cedida pela autora.

A investigação que pretendo realizar não causará nenhum prejuízo ou risco aos participantes, nem qualquer despesa ou benefício monetário. É garantido total anonimato e confidencialidade da informação obtida no decorrer de todo o estudo, sendo que os dados recolhidos apenas serão utilizados para fins académicos e serão destruídos imediatamente após a conclusão do estudo.

Em anexo envio um breve Projeto de Investigação para que possa consultar.

Para a realização deste estudo para além da autorização de sua Excelência como Coordenadora da USF e da Enfermeira Cooperante Sra. Enfermeira [redacted], é necessário também obter um parecer positivo da Comissão Técnico-Científica, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da Comissão de Ética da ULS do Médio Tejo.

Grata pela atenção dispensada,

Francisca Marques Graça

Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

U

[redacted]@ulsmi.min-saude.pt>

Para: Você

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

Aequipa da USF [redacted] nada tem a opor, desde que sejam obtidas as autorizações necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

Coordenadora USF [redacted]

[redacted]

REPÚBLICA PORTUGUESA

SAÚDE

SNS

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

SNS

Já conhece o Portal SNS?

www.sns.gov.pt

SNS

Os primeiros passos do SNS do futuro

www.sns.gov.pt

ANEXO 6

FG

Francisca Graça

Para: [redacted]

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO... 900 KB

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

ter, 08/10/2024 11:11

Exma. Sr.ª Enfermeira Especialista em Saúde Familiar [redacted]

Eu, Francisca Marques Graça, enfermeira na ULS Médio Tejo na Unidade do Hospital de Tomar, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontrando-me neste momento a realizar a Unidade Curricular Estágio com Relatório na Unidade de Saúde Familiar [redacted] com a sua supervisão. Assim, venho por este meio solicitar a vossa Excelência Enfermeira [redacted], a sua autorização para a realização de um trabalho de investigação na sua unidade, que decorrerá no período de estágio de 16 de setembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025.

Título do Estudo: "Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade"

Mestranda: Francisca Marques Graça

Orientadora: Professora Adjunta Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhos

Coorientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva

O objetivo do referido estudo é avaliar a satisfação conjugal em casais na parentalidade e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias. Com este estudo pretendo demonstrar a importância do enfermeiro especialista em saúde familiar se encontrar desperto para avaliar e intervir no sistema conjugal na transição para a parentalidade e assim contribuir para a melhoria das práticas de Enfermagem no fortalecimento da família nomeadamente na conjugalidade e na parentalidade.

O estudo que pretendo desenvolver será um estudo transversal, descritivo-correlacional de abordagem quantitativa, e a população que irá integrar o estudo serão famílias pertencentes aos ficheiros da USF. A população-alvo serão casais que tenham pelo menos um filho até 12 meses de idade inclusive. A recolha de dados irá ser feita através de um questionário sociodemográfico elaborado por mim e pela aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), cuja autorização para a sua utilização já me foi cedida pela autora.

A investigação que pretendo realizar não causará nenhum prejuízo ou risco aos participantes, nem qualquer despesa ou benefício monetário. É garantido total anonimato e confidencialidade da informação obtida no decorrer de todo o estudo, sendo que os dados recolhidos apenas serão utilizados para fins académicos e serão destruídos imediatamente após a conclusão do estudo.

Em anexo envio um breve Projeto de Investigação para que possa consultar.

Para a realização deste estudo para além da sua autorização e da coordenadora da USF, é necessário também obter um parecer positivo da Comissão Técnico-Científica, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da Comissão de Ética da ULS do Médio Tejo. Para submeter o pedido à Comissão de Ética da USLMT necessito também do seu Curriculum Vitae assinado e datado por se tratar de um projeto de mestrado, agradecendo desde já a sua disponibilidade para me facultar o referido documento.

Grata pela atenção dispensada,

Francisca Marques Graça

Enfermeira e aluna do Mestrado em Saúde Comunitária na área da Saúde Familiar

M

Para: Você

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

sex, 18/10/2024 14:44

Eu, Enfermeira [redacted] autorizo a Enfermeira Francisca Marques Graça, que se encontra a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a realizar o trabalho de investigação no período em que decorrerá o estágio na [redacted] (16 de setembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025).

Título do Estudo: "Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade"

Anexo o meu CV.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira

ANEXO 7



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MÉDIO TEJO

INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC)

N.º: 14/CIIC/25

Data: 10-03-2025

Pág.: 1

Para: Conselho de Administração

C.c.:

Assunto: ESTUDO 109/2024 – Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade inclusive

PARECER

Visto
Redactmk
11/3/25
Enfermeira Diretora
Piedade Pinto

DESPACHO

ULS MÉDIO TEJO, E.P.E.
12/3/25
Em reunião do Conselho de Administração
deliberou-se, por maioria,
anexar o solicitado.
Presidente do Conselho de Administração
Casimiro Ramos
Diretor Clínico
Carlos Luís Lousada
Vogal Executiva
Carla Oliveira
Enfermeira Diretora
Piedade Pinto
Diretor Clínico CSP
Flávio Ribeiro
Vogal Executivo
Carlos Gil

Com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde e da Encarregada da Proteção de Dados, ambos em anexo, proponho ao Conselho de Administração a aprovação do estudo "Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade inclusive", proposto pela Enfermeira Francisca Marques Graça.

A Coordenadora Executiva do CIIC

Assinado por: Ana Rita Borges da Costa Reis

Num. de identificação: 11561816

Data: 2025.03.10 11:38:45+00'00'

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, E. P. E.

Unidade Hospitalar de Abrantes: Largo Eng.º Broucas, 2300-202 Abrantes | Unidade Hospitalar de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Melo e Castro – Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade Hospitalar de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão, 2350-399 Torres Novas

Telefone: 249 810 100

Email: geral@ulsmt.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

IMP-GRL-025.03 / junho 2024

1 / 1

ANEXO 8

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer n.º P1173_07_2025

Título do Projeto: Satisfação Conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade inclusive

Identificação das Proponentes:

Nome(s):

Francisca Marques Graça

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- Estudante do III Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Enfermeira na ULSMT- Hospital Nossa Senhora da Graça (Tomar)

Investigador Responsável: Francisca Marques Graça

Orientadores: Professora Adjunta Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas; Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva

Relator: Carla Barbosa

Parecer

Exmo.(s) Senhor(es) Investigador(es),

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra analisou a submissão do seu projeto com o intuito de obter a avaliação ética do projeto supramencionado. Foram analisados os documentos remetidos.

Nenhum dos investigadores deste estudo participou da tomada de decisão e do procedimento de votação para esta avaliação.

Com base na análise dos documentos, a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra emite um parecer ético favorável sobre o pedido apresentado quanto à Fase II do seu projeto.

A Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra espera ser informada sobre o progresso do estudo, qualquer revisão no protocolo e na informação/consentimento informado dos participantes, e solicita que lhe seja fornecida uma cópia do relatório final.



COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEN/C)

A relatora: Carla Barbosa

Data: 29/09/2025

A Presidente da Comissão de Ética:



APÊNDICE 1

1

Sumário

1. Competências do enfermeiro especialista
2. Competências do enfermeiro especialista em saúde familiar
3. Instrumentos de avaliação familiar
4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

2

1. Competências Enfermeiro Especialista

Prática de cuidados de enfermagem baseada no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Prática de cuidados de enfermagem baseada no domínio da Gestão de Cuidados

Prática de cuidados de enfermagem baseada no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

(Tradução de A. F. Garcia, 2018, p. 10, p. 10)

3

2. Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e ao longo da vida de prevenção

Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção da doença e a melhoria da qualidade da assistência.	Colher dados pertinentes para a gestão de saúde da família.	Monitorizar as respostas a diferentes necessidades de saúde e de doença em situações complexas.	Desenvolver a prática de enfermagem de família baseada em evidências científicas.
Intervir de forma eficaz e adequada na reorganização da estrutura da família em situações complexas.	Facilitar as respostas da família em situações de transição complexas.	Exercer-se de forma ativa e interacional na prática de enfermagem de saúde familiar.	Formular e implementar e avaliar das respostas da família, a partir de situações de enfermagem.

4

Competências Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

2. Lidar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família	Gerir o sistema de cuidados de saúde da família em diferentes níveis de prevenção
--	--

(Regulamento n.º 28/2018 de 16 de junho)

5

3. Instrumentos e Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

Glossário

Famograma Familiar: Composição, tipo de família, direções, separações

Sistema Familiar: Ordem de nascimentos, diferença de idades dos filhos

Padrões de Relação: Comportamentos Familiares, padrões de relações ou problemas de saúde familiar

Situações de violência, mau-tratos, abusos...

Comportamentos aditivos

Acontecimentos de vida significativos: traumas familiares, transições

6

Instrumentos e Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

- Exemplo:
- Explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares;
- Evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, servindo da identificação de pessoas e instituições de referência;
- Apresenta uma simbologia clara e específica para que todos os profissionais consigam trabalhar da mesma forma a natureza e a qualidade das relações.

Escala de Grawfer:

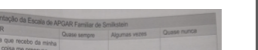
- Avalia as condições socioeconômicas da família com vista a identificar a sua classe social;
- Permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicoemocional;
- A classe social influencia a forma como as famílias se organizam;
- A escala caracteriza a família em cinco níveis (profundo, médio, bom, bom, bom) de acordo com o rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência, permitindo caracterizar as famílias como classe alta, classe média, classe média-baixa e classe baixa.

Escala de APGAR familiar de Smilkstein:

- Os membros da família percebem o funcionamento familiar e manifestam o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional;

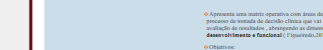
A. Adaphy P. Partnership G. Graw A. Affection E. Enlace

Parceiro e parceira: descreve a facilidade da família a estabelecer e manter a parceria com o parceiro e a parceira, a capacidade de estabelecer e manter a parceria com o parceiro e a parceira, a capacidade de estabelecer e manter a parceria com o parceiro e a parceira, a capacidade de estabelecer e manter a parceria com o parceiro e a parceira.



4. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

- É um referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar.
- Emergiu num percurso de investigação desenvolvido com os enfermeiros ligados à prestação de cuidados à família, de modo a dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias (Figueiredo, 2009).
- A Ordem dos Enfermeiros adotou em 1991 o MDAIF como referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar, no mesmo ano em que foi criado o Regulamento das Competências Específicas da Enfermagem Especializada em Enfermagem de Saúde Familiar.
- Os cuidados de enfermagem são centrados na família, permitindo aos enfermeiros identificar as necessidades das famílias e sugerir intervenções adequadas, aumentando a eficácia e eficiência da sua atuação (Figueiredo, 2009).



Objetivos:

- Analisar a família no contexto da enfermagem de saúde familiar (USF e MDAIF) para identificar áreas de atuação correspondentes aos objetivos da intervenção familiar, correspondendo aos seguintes objetivos gerais:
 - Realizar reuniões de apoio familiar e comunitário. Identificar e promover a atuação da família e da comunidade, promovendo a participação da família, com vista à melhoria e enriquecimento e fortalecimento do vínculo de apoio familiar e comunitário.
 - Realizar a avaliação de risco da família e da comunidade, com vista à identificação de situações de risco e a implementação de estratégias de intervenção.

DIAGNÓSTICO familiar

Diagnóstico

- Encaminhamento familiar
- Elaboração do relatório
- Prescrição de serviços
- Avaliação de risco

Desencadamento

- Solicitação de serviços
- Avaliação de risco
- Prescrição de serviços
- Avaliação de risco

Acompanhamento

- Avaliação de risco
- Prescrição de serviços
- Avaliação de risco
- Prescrição de serviços

Matriz Operativa

Etapas da consulta de saúde familiar:

1. Abrir o contato da família no Sclínico
2. Indicar o local do contato (na unidade ou no domicílio);
3. Selecionar consulta de enfermagem;
4. Associar o Programa de Saúde da Família;
5. Realizar a avaliação inicial da família ;

Etapas da consulta de saúde familiar

6. Realizar a avaliação familiar na dimensão estrutural no item "Processo Familiar": Habitação, Escala de Grier, Ciclo de Duvall (apenas nas famílias nucleares) e Tipo de Família;

19

20

21

Etapas da consulta de saúde familiar

7. Realizar intervenções diagnósticas adequadas à consulta e executar o plano de cuidados de enfermagem;

Bibliografia

Figueiredo, H. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lidel.

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lourenço: Lusodocência, Lusodocência Saúde Editora.

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: Um Contrato de Cuidar [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar].

25

APÊNDICE 2

Desempenho do papel parental: As exigências com o bebê levam a uma sobreposição do papel parental no papel conjugal. O casal vive em função do filho e aliado ainda a outros papéis como o papel profissional geram-se alguns conflitos no casal.

Família alargada: A dificuldade em estabelecer limites e fronteiras com a família alargada, traduz-se na dificuldade em impor as suas regras e controlar a presença e participação da família de origem nas rotinas do casal, criando instabilidade e discórdia;

Ausência de apoio dos profissionais de saúde: A ausência de temas relacionados com a conjugalidade nas aulas de preparação para o parto e nas consultas de planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil dificulta a adaptação dos casais neste processo.

O enfermeiro de família, pela proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, apresenta um papel fundamental na transição para a parentalidade, apoia a família, antecipando as suas necessidades e capacitando o casal.



Horário de Funcionamento
8h - 20h (2ª a 6ª feira)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MÉDIO TEJO

Bibliografia: Silva, M., Gonçalves, M., Neves, V., & Camarneiro, A. P. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade

Elaborado por: Francisca Graça (enfermeira, estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar)



**FATORES PROTETORES
E DIFICULTADORES DA
CONJUGALIDADE NA
TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE**

2025

CONJUGALIDADE

Quando os indivíduos se unem numa relação estável e duradoura, complementam-se e adaptam-se reciprocamente. É com a formação do casal que tudo tem início.

PARENTALIDADE

Refere-se às funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar das gerações mais novas. A parentalidade é um desafio repleto de dúvidas e incertezas.

Ao tomarem-se pais, o pai e a mãe enfrentam tarefas de desenvolvimento cruciais como:

- Reavaliação e reestruturação da relação com os pais (família de origem);
- Reavaliação e reestruturação da relação com o conjugue;
- Construção da relação com a criança enquanto pessoa separada;
- Reavaliação e reestruturação da sua própria identidade.

É fundamental para o casamento que exista parceria parental, isto é, que os pais partilhem as responsabilidades parentais.

SATISFAÇÃO CONJUGAL

É a percepção que cada membro do casal apresenta sobre a sua relação.

Existem fatores que facilitam o processo de transição para a parentalidade protegendo assim a conjugalidade tais como:

- **Gravidez Planeada:** Ajuda o casal a prever alguns dos desafios equacionando-os antes da mulher engravidar. O planeamento da gravidez favorece também a ligação afetiva ao bebê;
- **Comunicação Conjugal:** A partilha ao seu conjugue dos seus sentimentos, frustrações e necessidade de ajuda é fundamental na resolução de problemas;
- **Compreensão e entreeajuda entre o casal:** Negociar e partilhar tarefas e "colocar-se na pele do parceiro" para o compreender, é fundamental para uma harmonia conjugal;

- **Família alargada:** A rede de apoio social, família e amigos é um fator protetor da conjugalidade ao tomar-se numa rede de suporte e proximidade.



Por outro lado, existem fatores que dificultam a conjugalidade na transição para a parentalidade tais como:

- **Gestão de momentos a sós:** A falta de tempo e disponibilidade para outras tarefas e a diminuição da dedicação ao casal e ao seu relacionamento provoca ansiedade;
- **Reinício e manutenção da sexualidade:** O receio sentido pela mulher associado ao trauma do parto, os transtornos hormonais, a falta de tempo e o cansaço relativo às várias tarefas a desempenhar pode ser uma dificuldade para a sexualidade dos cônjuges.

APÊNDICE 3

GUIÃO DE COLHEITA DE DAODS

O presente documento, encontra-se organizado em duas partes: na primeira parte encontram-se questões para caracterizar o nível sociodemográfico da família, na segunda parte encontra-se uma escala para preencher, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) que avalia a satisfação conjugal.

Preencha com o X nos espaços curtos. Nos espaços grandes escreva uma resposta média.

1ªPARTE:

Idade: 18 -24 anos___ 25-34anos___ 35-44anos___ 45-54 anos___ 55-59 anos___

Sexo: Masculino___ Feminino___

Nacionalidade: _____

Estado Civil:

Solteiro___

Casado___

União de Fato___

Outro___

Duração do relacionamento conjugal: _____

Situação Familiar:

Nº de Filhos:___ Idade dos filhos:_____

Composição do agregado familiar (quantas pessoas vivem consigo)_____

Qual o seu tipo de família:

Nuclear(pais e filhos)___

Alargada (pais, filhos e avós)___

Reconstruída (pelo menos 1 dos membros tem filhos de uma relação anterior)___

A gravidez foi planeada? Sim___ Não___

Como classifica o papel dos profissionais de saúde nesta fase, nomeadamente o seu enfermeiro/a de família? Na sua opinião o profissional de saúde auxiliou-vos na adaptação à parentalidade? Sim___ Não___

Notação Social da Família (Escala de Graffar adaptada à população portuguesa)

A escala de Graffar avalia as condições socioeconómicas da família, determinando a sua classe social. A escala avalia cinco dimensões: a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimento familiares, o conforto da habitação e as características do local onde reside a família. Para cada um destes itens, a pontuação varia entre 1 a 5 pontos. Para definir a classe social da família é realizado um somatório das pontuações de todos os itens e realizada a interpretação do valor consoante os parâmetros pré-definidos que são: Classe I (Classe alta): 5-9 pontos; Classe II (Classe Média Alta): 10-13 pontos; Classe III (Classe Média): 14-17 pontos; Classe IV (Classe Média Baixa): 18-21 pontos; Classe V (Classe Baixa): 22-25 pontos. A escala deve ser preenchida tendo em consideração o membro da família pertencente ao agregado familiar que auferir maior rendimento.

Grau	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1ª	- Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiro/General/Marechal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos.	- Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento.	- Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível.	- Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto.	- Zona de residência elegante.	5 - 9	I Classe Alta
2ª	- Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento).	- Bacharelato ou Curso Superior.	- Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional).	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável.	- Bom local.	10 - 13	II Classe Média Alta
3ª	- Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equiparados.	- 12ª ano; - 9 ou mais anos de escolaridade.	- Vencimentos certos.	- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	- Zona intermédia.	14 - 17	III Classe Média
4ª	- Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25	- Escolaridade >= 4 anos.	- Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos.	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	- Bairro social/operário. - Zona antiga.	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5ª	- Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos.	- Assistência (subsídios).	- Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	- Bairro de lata ou equivalente.	22 - 25	V Classe Baixa

EASAVIC

(Narciso, I. & Costa, M. E., 1996)

Instruções:

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 você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- | | |
|---|-------------|
| 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 de 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. O que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |

24. O desejo sexual que o meu cônjuge 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 meu cônjuge 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 meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... 1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... 1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge 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 meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge 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 meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação. 1 2 3 4 5 6
41. O aspecto físico do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico..... 1 2 3 4 5 6
43. As características e hábitos do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos..... 1 2 3 4 5 6

APÊNDICE 4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu Francisca Marques Graça, enfermeira na ULS Médio Tejo, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito do qual pretendo desenvolver um trabalho de investigação com o título “Satisfação conjugal em casais com filhos até 12 meses de idade”. Com este estudo pretendo avaliar a satisfação conjugal em casais na parentalidade e identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a satisfação conjugal destas famílias.

Através da realização deste trabalho, será possível identificar necessidades das famílias e planear intervenções direccionadas às mesmas de modo a permitir que os casais ultrapassem dificuldades que tenham, contribuindo para uma satisfação conjugal mais positiva. Assim, com este estudo pretendo contribuir para o aumento do conhecimento científico em Enfermagem de Saúde Familiar e melhoria das práticas dos enfermeiros de família em particular, nomeadamente na conjugalidade ao longo da transição para a parentalidade, uma das fases mais esperadas do ciclo vital na vida de uma família.

Assim, solicito a sua colaboração para preenchimento do presente questionário, o qual é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. Será entregue um questionário a cada elemento do casal, sendo importante a sua realização de forma individual. Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-me a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-lo (a). De modo a manter o anonimato dos questionários irei codificá-los com um número atribuído a cada família para conseguir associar os 2 questionários por família.

O presente estudo não lhe causará qualquer risco nem despesa ou benefício monetário. Não existem respostas incorretas, apelando a que responda com o máximo de sinceridade, e **não deixe nenhuma questão por responder**.

Qualquer questão poderá contactar a investigadora principal, Francisca Marques Graça

Número de telemóvel:

E-mail: franciscagraca@outlook.com

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
declaro ter lido e compreendido a informação acima mencionada bem como as informações transmitidas pela investigadora abaixo assinada. Foi-me dada a oportunidade de realizar questões ao longo de todo o estudo e esclarecer as minhas dúvidas. Asseguraram-me que todos os dados que a mim dizem respeito serão somente utilizados para o referido estudo, de forma confidencial e que após a realização do estudo serão destruídos. Afirmo que é de minha livre vontade participar no estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento não produzindo efeitos/prejuízo na assistência que me é prestada.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____