



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Inês Filipa Ferreira Soares

Coimbra, Setembro de 2023



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade

Inês Filipa Ferreira Soares

Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva, Professor Adjunto,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, Professora
Adjunta, Escola Superior de Saúde de Leiria

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem
de Saúde Familiar

Coimbra, Setembro de 2023

Dedico este trabalho a todas as famílias em transição para a parentalidade.

AGRADECIMENTOS

A concretização de uma etapa desta complexidade torna-se mais facilitada com o apoio de pessoas importantes, que estiveram sempre presentes e às quais não poderia deixar de agradecer.

Ao Professor Doutor Armando Silva, orientador, pela disponibilidade, apoio e orientação ao longo do percurso realizado.

À Professora Doutora Eva Menino, coorientadora, pelo interesse, dedicação e empenho demonstrado na orientação deste trabalho.

À Enfermeira Orientadora Cooperante da prática clínica e estágio, por ser um exemplo a seguir enquanto profissional na área da Enfermagem de Saúde Familiar e pelo incentivo ao longo de todo o processo.

À Professora Doutora Margarida Silva, coordenadora do Curso de Mestrado, sem a qual o mesmo não teria acontecido, e pelo esforço sempre demonstrado.

A todas as famílias que aceitaram colaborar na concretização do estudo de investigação, pela disponibilidade, cooperação e confiança depositada na partilha das suas vivências.

Às minhas colegas do Curso de Mestrado, pelos momentos de partilha, entajuda e cooperação, em especial às que neste percurso se tornaram amigas.

À minha família, em especial às minhas sobrinhas, que me deram alegrias e gargalhadas em momentos conturbados.

Ao meu namorado, pela paciência inesgotável, compreensão e apoio incondicional ao longo de todo o percurso. Também pelo incentivo para nunca desistir, pelo humor para me alegrar e, principalmente, por todo o amor.

Por último, e jamais menos importante, à minha querida mãe, pelo amor, mimo, incentivo, coragem e força. Por fazer sempre tudo para que eu alcance os meus objetivos e para a minha felicidade.

A todos os que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste sonho.

Foi um caminho muito difícil, mas seria certamente impossível sem todos. Muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS BM - Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego

APGAR - Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

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

CS - Centro de Saúde

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CQ - Carta de Qualidade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

DM - Diabetes Mellitus

EC - Enfermagem Comunitária

ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System* ou Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

ed. - edição

EE - Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

HTA - Hipertensão Arterial

IDG - Índice de Desempenho Global

IDS - Índice de Desempenho Setorial

INR - *International Normalized Ratio*

MA - Manual de Acolhimento

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

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

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PF - Planeamento Familiar

PMC - Projeto de Melhoria Contínua

PORDATA - Base de dados de Portugal Contemporâneo

pp. - páginas

RA - Relatório de Atividades

RDO - Rastreio Doença Oncológica

RI - Regulamento Interno

Reg. - Regulamento

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RNU - Registo Nacional de Utentes

SINUS - Sistemas de Informação das Unidades de Saúde

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SM - Saúde Materna

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPESF - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Sr. - senhor

Sr.^a - senhora

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

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

UF - Unidades Funcionais

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

RESUMO

Enquadramento: A enfermagem familiar tem sido reconhecida através das políticas de saúde, sendo a família integrada nos cuidados de forma a promover e manter a sua saúde. As respostas humanas às transições são alvo dos cuidados da Enfermagem de Saúde Familiar, devendo promover-se intervenções promotoras de capacitação. A transição para a parentalidade é descrita como a que causa mais impacto no ciclo vital familiar.

Objetivos: Descrever criticamente as atividades clínicas desenvolvidas para alcançar as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; e realizar um estudo de investigação intitulado “A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade”, com os objetivos de descrever a perceção de casais em transição para a parentalidade sobre a sua conjugalidade, e sobre os recursos que a influenciam.

Metodologia: Na componente clínica, realizou-se avaliação e intervenção familiar e estudos de família. Na componente de investigação, realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e transversal. Participaram 20 cônjuges, que cumpriram os critérios de inclusão, tendo respondido a um guião de entrevista semiestruturada.

Resultados: A avaliação e intervenção familiar foi sedimentada pela mobilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, implementando cuidados integrais às famílias. No estudo verificou-se que a conjugalidade é afetada ao nível da relação dinâmica, comunicação, interação sexual e *coping* familiar. Quanto ao enfermeiro de família, os casais reconhecem que pode apoiá-los na conjugalidade, mas revelam ausência deste foco na sua prática e desconhecimento das suas reais competências.

Conclusão: A componente clínica proporcionou o desenvolvimento dos dois tipos de competências referidas acima. A componente de investigação permitiu conhecer o fenómeno da vivência da conjugalidade de casais em transição para a parentalidade, e o contributo do enfermeiro ao longo deste processo. Assim, o estudo poderá contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem, prevendo cuidados antecipatórios, bem como evidenciar o papel do enfermeiro especialista desta área.

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

ABSTRACT

Background: Family nursing has been recognized through health policies, with the family integrated into care to promote and maintain their health. Human responses to transitions are the target of Family Health Nursing care, and interventions that promote training should be promoted. The transition to parenthood is described as having the most impact on the family life cycle.

Objectives: Critically describe the clinical activities developed to achieve the Common Competencies of the Specialist Nurse and the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing; and carry out a research study entitled “The Conjuality of families in transition to parenthood”, with the objectives of describing the perception of couples in transition to parenthood about their conjuality, and the resources that influence it.

Methodology: In the clinical component, family assessment and intervention and family studies were carried out. In the research component, a qualitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study was carried out. 20 spouses participated, who met the inclusion criteria, having responded to a semi-structured interview guide.

Results: Family assessment and intervention was consolidated by the mobilization of the Dynamic Family Assessment and Intervention Model, implementing comprehensive care for families. In the study it was found that conjuality is affected at the level of the dynamic relationship, communication, sexual interaction, and family coping. As for family nurses, couples recognize that they can support them in their conjugal relationship but reveal a lack of this focus in their practice and lack of knowledge of their real skills.

Conclusion: The clinical component provided the development of the two types of skills mentioned above. The research component allowed us to understand the phenomenon of the marital experience of couples in transition to parenthood, and the nurse’s contribution throughout this process. Thus, the study may contribute to improvement of nursing practices, providing anticipatory care, as well as highlighting the role of the specialist nurse in this area.

Keywords: Family; Parenthood; Transition; Marital relationship; Family nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Município de Coimbra.....	26
Figura 2 - Distribuição dos utentes inscritos na USF.....	28
Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante.....	37
Figura 4 - Tipos de Família da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	38
Figura 5 - Estádios Ciclo Vital Familiar de Duvall das famílias nucleares da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	39
Figura 6 - Tipologias de Consultas realizadas às famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	41
Figura 7 - Tipos de Família das famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	42
Figura 8 - Estádios Ciclo Vital Familiar de Duvall das famílias nucleares avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	44
Figura 9 - Resultados da aplicação da Escala de Graffar às famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).....	46
Figura 10 - Categorias e subcategorias da Área de Atenção Satisfação Conjugal da Dimensão de Desenvolvimento.....	90
Figura 11 - Categorias e subcategorias da Área de Atenção Processo Familiar da Dimensão Funcional.....	104
Figura 12 - Categoria e subcategoria da Área de Atenção Estrutura da família da Dimensão Estrutural.....	108
Figura 13 - Esquema representativo dos achados obtidos.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	62
Tabela 2 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	62
Tabela 3 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	63
Tabela 4 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	63
Tabela 5 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	63
Tabela 6 - Indicadores de resultado (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	64
Tabela 7 - Indicador de resultado (Ganho em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a Matriz Operativa do MDAIF.....	64
Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I - COMPONENTE CLÍNICA	25
1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	25
2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	33
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR.....	35
2.2 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS.....	39
2.3 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS.....	60
2.4 - OUTRAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	65
CAPÍTULO II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	71
1 - JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	71
1.1 - FAMÍLIA.....	72
1.2 - PARENTALIDADE.....	73
1.3 - TRANSIÇÃO.....	74
1.4 - RELACIONAMENTO CONJUGAL.....	75
1.5 - ENFERMAGEM FAMILIAR.....	77
2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	79
2.1 - OBJETIVOS DO ESTUDO.....	79
2.2 - TIPO DE ESTUDO.....	79
2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	80
2.4 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	81
2.5 - PROCESSO DE ANÁLISE DOS ACHADOS.....	83
2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	85

3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	87
3.2 - ÁREA DE ATENÇÃO SATISFAÇÃO CONJUGAL.....	89
3.3 - ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR.....	103
CONCLUSÃO.....	117
BIBLIOGRAFIA.....	121

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de Colheita de Informação

APÊNDICE II - Autorização da Coordenadora da USF para realização do estudo

APÊNDICE III - Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO I - Certificados de apresentação do Projeto de Melhoria Contínua “*Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário*”

ANEXO II - Certificado de apresentação do projeto de investigação “*A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade*” no Seminário “Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida”

ANEXO III - Certificado de participação no seminário “Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida”

ANEXO IV - Autorização da Administração Regional de Saúde do Centro ao pedido de acesso aos dados

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

ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge integrado no terceiro semestre, segundo ano, do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (EC) na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), no âmbito das unidades curriculares Prática Clínica de ESF e Estágio com Relatório. Os dois momentos (Prática Clínica e Estágio) decorreram numa unidade de saúde familiar (USF) pertencente à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) com supervisão clínica de uma enfermeira mestre e especialista em EC na área de ESF, a Enfermeira Orientadora Cooperante, e com supervisão pedagógica de dois docentes, orientador e coorientadora.

O primeiro momento, Prática Clínica de ESF, decorreu no período de 9 de abril de 2022 a 8 de julho de 2022, possuindo um total de 405 horas que corresponde a 15 ECTS (sistema europeu de transferência e acumulação de créditos). O segundo momento, Estágio com Relatório, decorreu de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, possuindo um total de 810 horas, que corresponde a 30 ECTS. Assim, a componente prática do Curso de Mestrado, Prática Clínica de ESF e Estágio com Relatório, correspondem a 45 ECTS, ou seja, metade dos ECTS totais do curso.

“A Saúde Familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.” [Hanson, 2005, página (p.) 7)]. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), apresentam a obrigação ética e moral de envolver as famílias nos seus cuidados de saúde, uma vez que, a família tem um impacto significativo sobre a saúde e bem-estar dos seus membros, daí o cuidado centrado na família ser crucial (Wright & Leahey, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enquadrou a Saúde 21 para a região europeia, onde a família é vista como alvo dos cuidados de enfermagem. Das 21 metas para o século XXI, a meta 15 destaca o papel da ESF nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (OMS, 2002). A Ordem dos Enfermeiros (OE) realça a Declaração de Munique que reforça o valor da ESF, tendo sido realizada a conferência nacional “A cada família o seu Enfermeiro”, que promove o modelo de enfermeiro de família como o modelo de prestação de cuidados nos CSP (OE, 2002).

A reforma dos CSP em Portugal teve início em 2005, sendo a primeira grande alteração a constituição das USF, como uma equipa multidisciplinar, de constituição voluntária, auto-organizada e, que apresentam autonomia para responder às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas. A finalidade da reforma dos CSP era obter melhorias na acessibilidade, organização, pontualidade, facilidade, conforto na utilização de serviços, tendo sempre em consideração a qualidade dos cuidados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais. Após a fase referida acima, os CSP reorganizaram-se com a criação dos ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde), tendo estes autonomia administrativa e, apesar de serem descentralizados das Administrações Regionais de Saúde (ARS), estas administrações possuem o poder de direção. Os ACeS detêm várias unidades funcionais, com a função de garantir a prestação de CSP a uma população de determinada área geográfica (Biscaia & Heleno, 2017).

As USF podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, modelo A, B e C. Estes modelos correspondem a diferenças de autonomia e consequentes diferentes partilhas de risco e compensação retributiva (Biscaia & Heleno, 2017). O regime jurídico da organização e funcionamento das USF prevê que os enfermeiros que as constituem detenham o título de EEESF, reconhecendo desta forma a importância destes profissionais de saúde [DL número (n.º) 73/2017].

O EEESF será detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, a ESF, e demonstrará níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos em competências especializadas. A implementação de cuidados de saúde à família colocou a tónica na parceria, na procura da participação de cada elemento e na exploração dos seus pontos fortes, num sentido de capacitar a família e potencializar os resultados alcançados (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013).

Os objetivos que se pretendem atingir nos momentos de Prática Clínica e Estágio são os mencionados nos Guias Orientadores das Unidades Curriculares Prática Clínica de ESF (2022) e Estágio com Relatório (2022), que têm por base o Regulamento (Reg.) das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), centradas nos domínios da “Responsabilidade profissional, ética e legal”, da “Melhoria contínua da qualidade”, da “Gestão dos cuidados” e do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4745). Também se baseiam no Reg. de Competências Específicas do EE em EC na área de ESF, designadamente “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos

diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF” [Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, páginas (pp.) 19357-19358].

Segundo a OE (2021), este Relatório de Estágio surge como um instrumento essencial pois é esperado que seja apresentada uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado. Assim, o presente documento apresenta como principais objetivos: realizar uma descrição crítica e reflexiva, fundamentada e estruturada, sobre a prática profissional durante o processo de aprendizagem realizado no contexto clínico, enquanto estudante do Curso de Mestrado em EC na área de ESF, mediante as competências desenvolvidas focadas no cuidado à família, com base no perfil das Competências Comuns do EE e de Competências Específicas do EEESF; apresentar o trabalho de campo realizado, que contribuiu para o desenvolvimento das atividades de investigação, nomeadamente o estudo de investigação primário intitulado “A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade”. Esta temática resultou da identificação de necessidades em famílias avaliadas durante a Prática Clínica de ESF. Deste modo, as atividades clínicas permitiram o desenvolvimento das atividades de investigação. A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na etapa de transição para a parentalidade, sendo que a questão de investigação formulada foi: “Qual a perceção de casais, em transição para a parentalidade, acerca da vivência da sua conjugalidade?”.

Ao longo de todo o percurso realizado, de construção do presente relatório, e para sustentar a prática foi realizada consulta e análise de documentação da USF, bem como realizada pesquisa em bases de dados científicas e documentos orientadores da OE. Foram também consultados os sistemas de documentação de informação, como o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), o SClínico e o Sistema de Informação das Unidades de Saúde (SINUS).

O presente documento encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro reporta-se à componente clínica e o segundo à componente de investigação. No capítulo I está incluída a caracterização do contexto de estágio, bem como a análise e descrição crítica das atividades desenvolvidas e do contributo da clínica para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional do EE. Assim, será realizada uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento das Competências Comuns do EE e de

Competências Específicas do EEESF, enquadrando as mesmas com as atividades desenvolvidas.

O capítulo II diz respeito à componente de investigação em enfermagem, na qual será abordada a identificação do problema de investigação e a sua respetiva contextualização, bem como a descrição do planeamento metodológico para resolução do mesmo, e sua fundamentação com a recolha de informação. Serão apresentados os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, será apresentada uma conclusão, onde será realizada uma reflexão final de toda a UC, com os principais aspetos a reter e os desafios vivenciados, interligando as competências desenvolvidas.

Este Relatório de Estágio foi realizado segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, bem como as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/ Relatório Final de Estágio, ambos da ESEnfC, bem como foram seguidas as indicações dos Guias Orientadores das UC referidas.

CAPÍTULO I - COMPONENTE CLÍNICA

Nos períodos de estágio pretende-se adquirir competências, procurando a qualidade da prática de cuidados e o desenvolvimento de capacidades de análises crítica e reflexiva. O desenvolvimento do enfermeiro deverá passar por uma constante reflexão acerca da prática profissional, pois só com uma reflexão ativa, constante e conscienciosa é possível identificar o que ainda se pode melhorar no seu exercício profissional. Este capítulo pretende documentar o percurso formativo com evidências de resultado, mediante a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas, da caracterização da lista de utentes da equipa de saúde familiar, dos processos de cuidados realizados às famílias e dos indicadores de saúde atingidos, para o desenvolvimento de competências, nomeadamente Competências Comuns do EE e Competências Específicas do EEESF.

O primeiro ponto do presente capítulo, que corresponde à primeira parte do mesmo, integra a componente clínica. É composto pela caracterização do contexto clínico, nomeadamente a USF onde decorreu a prática clínica e o estágio, com descrição do funcionamento da mesma.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

As USF asseguram a prestação de cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, sendo que garantem a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados (DL n.º 73/2017). A USF onde se desenvolveu a Prática Clínica de ESF e o Estágio será designada ao longo do documento apenas como USF, mantendo a anonimização da mesma, de acordo com o Artigo n.º 106 Do dever de sigilo, estando o enfermeiro obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (DL n.º 104/98). É uma unidade de saúde que exerce a sua atividade num Centro de Saúde (CS) numa zona urbana do município de Coimbra (representado abaixo na figura 1) e encontra-se em dependência do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACeS BM) e, da ARSC (USF, 2019). Iniciou o desempenho de funções em Dezembro de 2015 e é constituída por seis médicos, seis enfermeiras e cinco assistentes técnicos, constituindo uma equipa multiprofissional de dezassete elementos. A USF abrange como área de influência assistencial uma parte de

três freguesias do referido município [Conforme Manual de Acolhimento (MA) da USF, ocultado devido ao Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD)].



Figura 1 - Mapa do Município de Coimbra. Fonte: Câmara Municipal de Coimbra, 2022.

O CS no qual a USF se encontra é partilhado atualmente por várias unidades funcionais, com as quais a unidade de saúde se articula, nomeadamente: três USF; uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); e, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A UCC constitui-se como uma equipa que presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, com dependência física e funcional, ou com doença que requeira acompanhamento próximo. A URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais, bem como organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Melo, 2021). É composta por profissionais que de diversas áreas como Nutrição, Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social [Conforme Reg. Interno (RI) da USF, ocultado devido ao RGPD].

Cada USF apresenta uma missão, visão e valores partilhados por todos os elementos da equipa que a compõem. Estas informações encontram-se disponíveis na plataforma BI-CSP a qualquer cidadão. No caso da USF facultam-se no BI-CSP outros documentos como o RI, a Carta de Qualidade, o Manual de Articulação com o ACeS e o Relatório de Atividades. Desta forma, está garantida a transparência na gestão das unidades, assim como do desempenho assistencial das mesmas.

A visão da unidade prende-se com a garantia de uma elevada qualidade dos cuidados prestados bem como eficiência dos mesmos, melhorando a qualidade de vida dos seus utentes em particular e, os níveis globais de saúde da população no geral. Apresenta também na sua visão o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores, contribuindo para a conseqüente satisfação pessoal e profissional. A equipa da USF considera como valores fundamentais na sua atividade: a ética; o profissionalismo; a deontologia; a qualidade; a articulação; a cooperação; a dedicação; a ambição; e, o respeito mútuo (Conforme RI da USF, ocultado devido ao RGPD).

De acordo com o Registo Nacional de Utentes (RNU) no mês de fevereiro de 2023, na caracterização demográfica disponibilizada no BI-CSP, a USF apresenta uma população de 10.244 utentes inscritos. Cerca de 54% (5567) são utentes do sexo feminino e aproximadamente 46% (4677) são do sexo masculino. Verifica-se também que aproximadamente 77% da população (7865) têm idades compreendidas entre os 5 e os 64 anos, cerca de 19% têm 65 ou mais anos (1936) e apenas cerca de 4% têm idade até aos 5 anos (443), tal como se pode verificar na figura 2. Estes dados indicam que uma grande parte da população se encontra em idade ativa, daí a importância de um cuidado acrescido na organização dos horários das consultas, de forma a disponibilizar consultas em horário pós-laboral (Conforme Relatório de Atividades (RA) da USF, ocultado devido ao RGPD).

A pirâmide etária dos utentes inscritos na referida unidade de saúde apresenta uma conformação em “barril”, verificando-se um predomínio dos indivíduos entre os 30 e os 59 anos de idade. O facto de a base ser estreita e o topo mais alargado reflete uma população regressiva, que é frequente nos países desenvolvidos, pois verifica-se uma baixa taxa de natalidade e percentagem de jovens, e um aumento médio da esperança de vida, bem como uma diminuição da taxa de mortalidade (Conforme RA da USF, ocultado devido ao RGPD). Estes dados correspondem aos dados nacionais e aos dados do município (PORDATA, 2022).

Tendo em conta os indicadores demográficos, nomeadamente o Índice de Dependência de Jovens (22,16%), o Índice de Dependência de Idosos (28,47%) e o Índice de Dependência Total (50,62%), mostra que se trata de uma população envelhecida com um Índice de Dependência de Idosos elevado. Assim, existindo um aumento da sobrevida populacional, existirá uma maior probabilidade de determinadas morbilidades como doenças crónicas e neoplasias, aumentando a necessidade de cuidados de saúde e, a conseqüente sobrecarga socioeconómica da população em idade ativa. Devido ao referido

anteriormente, os CSP deverão organizar-se tendo em consideração o elevado n.º de idosos e as suas características, próprias do envelhecimento (Conforme RA da USF, ocultado devido ao RGPD).



Figura 2 - Distribuição dos utentes inscritos na USF. Fonte: BI- CSP, acedido em Fevereiro de 2023.

A USF é constituída por seis equipas nucleares (médico, enfermeira e assistente técnico), sendo cada enfermeira responsável por uma lista de utentes/famílias, formando uma equipa de saúde familiar com o médico e assistente técnico. O objetivo das equipas nucleares é melhorar a continuidade de cuidados, pois centra a sua atividade na lista de utentes pela qual é responsável. No entanto, estas equipas continuam a ter de garantir a prestação de cuidados a todos os utentes da USF (Conforme Carta de Qualidade (CQ) da USF, ocultado devido ao RGPD). O método de organização dos cuidados é o de enfermeiro de família (Conforme RI da USF, ocultado devido ao RGPD). No entanto, as visitas domiciliárias (VD) são realizadas por escala, não sendo por isso o enfermeiro de família quem presta sempre os cuidados aos seus utentes, o que não considero benéfico para o conhecimento do estado de saúde dos utentes dependentes da sua lista.

Quanto à orientação concetual dos cuidados prestados, não se verifica um modelo que os profissionais de enfermagem seguem, ainda assim o sistema de informação SClínico, é

baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012). No entanto, a maioria dos profissionais ainda não documenta os cuidados prestados no processo familiar, não sendo registados diagnósticos de enfermagem nem as intervenções que são realizadas em contexto de consulta de enfermagem às famílias.

A USF é constituída por 3 módulos, sendo que cada módulo possui: duas equipas nucleares; dois gabinetes de enfermagem; dois gabinetes médicos; um gabinete para médicos internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar; um gabinete de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ); uma sala de tratamentos, e 1 gabinetes de material clínico. A sede onde se encontra a USF tem ainda um refeitório, um bar, uma sala de reuniões e uma biblioteca, sendo os mesmos partilhados pelas várias unidades.

A Carteira Básica de Serviços indica o que deve ser garantido aos utentes em termos de Medicina Geral e Familiar, cuidados de Enfermagem e secretariado clínico. No que se refere à vigilância de saúde esta inclui: a Saúde do Adulto e do Idoso (destinado a pessoas com mais de 18 anos de idade que não se incluam em nenhuma das outras consultas, com o objetivo de um acompanhamento individualizado de doenças subagudas e crónicas); a Saúde da Mulher, nomeadamente a Consulta de Planeamento Familiar (PF) (dirigida a mulheres dos 15 aos 54 anos de idade e homens sem limite de idade, com o objetivo de controlo da fertilidade e fomentar a sexualidade responsável), a Consulta Pré-Concepcional (com o objetivo de planeamento da gravidez), Consulta de Saúde Materna (SM) (para acompanhamento da mulher grávida, revisão do puerpério, com o objetivo final do nascimento de uma criança saudável) e, Consulta de Rastreio de Doença Oncológica (RDO) (com a prevenção primária através da diminuição da exposição ao tabagismo, prevenção secundária com os rastreios do cancro da mama, do colo do útero e do cólon e reto, assim como a deteção precoce a partir da identificação de lesões pré-malignas e de neoplasias em estadios iniciais; a Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, nomeadamente a SIJ (1ª consulta do recém-nascido, consulta do 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 15º, 18º, 24º mês, consulta dos 3, 4, 5, 6-7, 8, 10, 12-13 e 15-18 anos de idade, com o objetivo de identificar precocemente as crianças e jovens com doenças crónicas e/ou alterações no desenvolvimento e/ou crescimento, bem como avaliar as suas necessidades em saúde e estabelecer um programa de intervenção personalizado); e, o Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (Conforme RI e CQ da USF, ocultado devido ao RGPD).

No que toca ao acompanhamento clínico em situações de doença crónica: a Consulta à pessoa com Diabetes Mellitus (DM) (para vigilância e seguimento de doentes com diabetes, bem como prevenção e reabilitação de complicações da diabetes); a consulta à pessoa com Risco Cardiovascular como a Consulta à pessoa com Hipertensão Arterial (HTA) (com o objetivo de prevenir as complicações decorrentes deste fator de risco, intensificando-se estratégias preventivas, correção de fatores de risco reversíveis e, aconselhamento acerca da gestão da doença) e, a Consulta de Hipocoagulação (para monitorização do INR (*International Normalized Ratio*) em doentes a realizarem terapêutica anticoagulante oral). Em relação aos cuidados no domicílio, a VD, médica e de enfermagem, para utentes da área de influência da USF e com incapacidade de se deslocarem à unidade, ou seja, utentes em situação de dependência, crónica ou aguda. Considerando a interligação e colaboração e rede com outros serviços, a Consulta de Nutrição Clínica e a Consulta de Psicologia Clínica em articulação com a URAP, agendadas através de referenciação interna (Conforme RI e CQ da USF, ocultado devido ao RGPD).

A USF apresenta um modelo organizacional de modelo A que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, sendo uma unidade do setor público com regras e remunerações definidas pela Administração Pública. Estas unidades têm a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas que se pode traduzir em incentivos institucionais, a reverter para investir na USF (Biscaia & Heleno, 2017).

A contratualização com os CSP é uma ferramenta assumida pelos profissionais de saúde deste nível de prestação de cuidados, representando um compromisso social a favor do cidadão e das comunidades. Tem como foco os resultados de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como o desempenho das organizações nas suas diferentes áreas e dimensões. A contratualização interna (entre os ACeS e as USF, com o Plano de Ação e a Carta de Compromisso) é operacionalizada com base numa matriz multidimensional das unidades, e tem como referência o Índice de Desempenho Global (IDG), que se pretende que seja melhorado continuamente. Na matriz multidimensional definem-se diferentes áreas, subáreas, dimensões, métricas e indicadores, identificando os resultados esperados, sendo que os indicadores utilizados no processo de contratualização constam na matriz dos indicadores dos CSP. Assim, a avaliação das

USF, contempla as dimensões da matriz multidimensional, nomeadamente as áreas de Serviços, Qualidade Organizacional, Formação e Atividade Científica (Conforme RI da USF, ocultado devido ao RGPD).

O BI-CSP fornece informação que permite caracterizar e monitorizar as UF dos CSP, quantificando o seu desempenho através do IDG, de forma multidimensional, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e melhoria contínua (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020). Segundo dados obtidos no BI-CSP (dados referentes a Dezembro de 2022, pois existem indicadores que são avaliados apenas semestralmente), a USF obteve um IDG de 60,90 (sendo o valor máximo 85,30, o valor mínimo 51,80 e, a média 69,30). Existem 16 unidades modelo A no ACeS, existindo: 11 USF com IDG igual ou superior a 50 e inferior a 75; 4 USF com valor igual ou superior a 75 e inferior a 85; e, 1 USF com valor igual ou superior a 85 e inferior a 95 (BI-CSP, 2023). Nos casos de USF com valores de IDG inferiores a 50, podem ser alvo de acompanhamento e monitorização por parte do respetivo ACeS (BI-CSP, 2023).

Os resultados de desempenho são mensuráveis através de indicadores de saúde e a sua recolha de dados é efetuada através do MIM@UF, que permite complementar a informação de produção diária, e cuja atualização de dados é realizada mensalmente. São consideradas três áreas do Índice de Desempenho Setorial (IDS) para cálculo do valor do IDG: a área do Desempenho Assistencial que no caso da USF apresenta um valor de 52,70 (que inclui a subárea do Acesso no valor de 47,10, da Qualidade da Prescrição com um valor de 54,10, da Gestão da Doença que apresenta um valor de 53,60 e, da Gestão da Saúde que tem um valor de 55,90); a área da Formação Profissional que engloba a subárea formação interna em que o valor apresentado é 100; a área da Qualidade Organizacional que aborda a subárea Melhoria Contínua da Qualidade com um valor de 37,50; a área dos Serviços que possui o valor 100 (inclui a subárea Serviços de Carácter Assistencial e a subárea Serviços de Carácter não Assistencial) (BI-CSP, 2023).

Verifica-se, assim, que na Formação Profissional e na área dos Serviços os indicadores foram atingidos na sua totalidade. Na subárea Acesso salientam-se os valores mais baixos na Personalização que inclui as consultas médicas e de enfermagem realizadas pelo médico e enfermeiro de família com um valor abaixo do mínimo aceite, bem como na Cobertura ou Utilização que destacam os valores menos positivos o índice de utilização anual de consultas de enfermagem e, a taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos. Nesta subárea os valores mais positivos abrangem as Consultas no Próprio Dia (dos seis

indicadores, quatro são atingidos) e a Distribuição das Consultas Presenciais no Dia (dos quatro indicadores, são alcançados três). Na subárea Gestão da Doença os valores menos positivos estão relacionados com a DM, em que apenas dois dos quinze indicadores são atingidos, sendo que os valores mais elevados estão ligados com a Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças, em que se destaca a Taxa de internamentos evitáveis na população adulta. Na subárea Gestão da Saúde os valores de IDG mais elevados estão relacionados com a Saúde do Idoso e com a SIJ e, os valores inferiores encontram-se na Saúde da Mulher e na Saúde do Adulto, situação facilmente compreendida por se tratar da população que menos frequenta a USF, nomeadamente a população ativa sem consultas de vigilância obrigatórias. Quanto à subárea da Qualidade da Prescrição, a Prescrição Farmacoterapêutica encontra-se com um valor muito mais elevado que a Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) (BI-CSP, 2023).

A referida unidade de saúde aponta como condicionantes de atingir níveis mais elevados de desempenho, a existência de uma bolsa numerosa de utentes não frequentadores com inscrição ativa na USF. Estes utentes não têm registos de contactos com a unidade de saúde, encontram-se incontactáveis por telefone ou via postal e com dados desatualizados ou incompletos no RNU. Esta situação ocorre muitas vezes em agregados familiares completos e muitas deles numerosas, sendo que na sua maioria são famílias que residem no nosso país de forma temporária e no período de permanência não frequentam os serviços da unidade, sendo que quando saem de Portugal não cancelam a inscrição na USF. No entanto, serão sempre utentes elegíveis para efeitos de monitorização de indicadores. Deste modo, tem sido difícil corresponder aos níveis de desempenho exigidos pela contratualização referida acima, no que toca à taxa de cobertura vacinal, bem como aos indicadores relacionados com a proporção de consultas realizadas ou a adesão a rastreios. A ausência de uma médica por doença prolongada, causou impacto na oferta assistencial à lista dos seus utentes, bem como na gestão das listagens dos restantes profissionais, interferindo nos resultados alcançados e no cumprimento de indicadores. Este facto levou mesmo à transferência de utentes para outras unidades ou para outras listagens dentro da USF, situação que está felizmente ultrapassada atualmente com a substituição definitiva da anterior clínica, tendo atualmente uma equipa nuclear de novo formada (Conforme RI da USF, ocultado devido ao RGPD).

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Determinados modelos teóricos de enfermagem constituem-se como instrumentos de avaliação familiar, orientadores da prática clínica. Estes contribuem para a consolidação do conhecimento em enfermagem de família, potenciando cuidados de excelência. As teorias concedem à profissão, bem como aos seus elementos, uma identidade, um enquadramento e uma linguagem comum a todos, com a qual comunicam. Tendo em conta os objetivos da componente clínica, as atividades realizadas para o seu alcance foram baseadas em modelos, teorias e instrumentos de avaliação.

Os conceitos teóricos que maior contributo forneceram à enfermagem de família foram a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e as Teorias da Comunicação Humana. A Teoria Geral dos Sistemas, permitiu a compreensão da família enquanto unidade sistémica, que é composta por vários subsistemas. Da Cibernética surgiram os conceitos que permitiram entender o funcionamento evolutivo da família. Da Teoria da Comunicação obteve-se os conceitos de que a comunicação verbal e não verbal entre membros da família influencia comportamentos dentro da família. Fundamentados nestes referenciais surgiram vários Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar, centrados na família enquanto unidade e alvo de cuidados de enfermagem, que se constituem como referenciais reconhecidos e recomendados como modelos para a prática de ESF pela *Internacional Family Nursing Association* (2020), e se apresentam de seguida. O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar, com os conceitos de restabelecer o equilíbrio e da homeostasia. O Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, que vê a família como um sistema aberto, na relação com outros sistemas. O Modelo de Avaliação da Família de Calgary e o Modelo de Calgary de Intervenção na família, que define que quando um elemento da família se encontra afetado, afeta os restantes, o que permite entender a família como unidade sistémica (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

O MDAIF baseado no Modelo de Calgary de Avaliação da Família e no Modelo de Calgary de Intervenção na Família, apresenta-se como um referencial teórico e operativo em ESF que permite a identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e os ganhos em saúde, para as famílias, sensíveis a esses cuidados. Foi construído e validado através da investigação com enfermeiros portugueses no contexto

dos CSP (Figueiredo, 2009). Integra princípios e definições que orientam o processo de enfermagem. No que se refere às definições, estas incluem três áreas de avaliação consideradas cruciais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural incide na estrutura da família, identificando a sua composição, os vínculos existentes entre a família e os outros subsistemas, como a família extensa e os sistemas amplos e ainda, aspetos específicos do contexto ambiental. As áreas de atenção são: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2012).

A dimensão de desenvolvimento possibilita ao enfermeiro o entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar, reconhecendo o ciclo vital de elevada importância para decisão acerca das áreas de avaliação de maior relevância, face à sua especificidade. Assim, a concretização de cuidados antecipatórios, promovendo e capacitando a família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa, auxilia na preparação para futuras transições. De forma a avaliar e intervir na dimensão do desenvolvimento deve selecionar-se a etapa do ciclo vital familiar em que a família nuclear se encontra, uma vez que, consoante a etapa existem definições distintas para avaliar. As áreas de atenção são: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (*Ibidem*).

A dimensão funcional refere-se aos níveis de interação familiar que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema. Integra duas áreas de atenção elementares do funcionamento da família: a instrumental que se refere às atividades quotidianas da família e inclui a definição papel do prestador de cuidados; e, a expressiva que enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes e que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional, incluindo a definição do processo familiar. As cinco subdefinições do processo familiar são: comunicação familiar; *coping* familiar; interação de papéis familiares; relação dinâmica; e, crenças familiares (*Ibidem*).

A Teoria das Transições de Meleis, surge como a que explica os processos de crise que as pessoas vão vivenciando, bem como as suas respostas a esses processos. O ser humano passa por diversos processos de evolução ao longo do seu ciclo vital, sendo que o mesmo pode experienciar diversos tipos de transições que, de acordo com a sua natureza, podem

ser: do tipo desenvolvimental (relacionadas com as crises naturais que decorrem do ciclo de vida individual e familiar); do tipo situacional (crises acidentais que ocorrem, por isso, de forma inesperada na vida); do tipo saúde-doença (ligadas a processos de adaptações a doenças); e, do tipo organizacional (relacionadas com mudanças de papéis, seja no contexto de funcionamento familiar, seja laboral). Conclui-se, que as transições são a passagem de uma fase de vida ou condição para outra. Para Meleis os enfermeiros devem ser os facilitadores dos processos de transição, criando condições para que estas ocorram de forma saudável, tendo também em atenção as consequências que as mesmas provocam na vida das pessoas (Meleis, 2012; Melo, 2021).

Segundo Gottlieb (2016), forças são tidas como qualidades especiais e únicas da família ou da pessoa. Para a autora são recursos inestimáveis de poder e energia, que auxiliam a pessoa e a família perante os desafios da vida. Sinónimo de capacidade, abarcam os ativos da pessoa, atitudes, atributos, capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e traços. Podem ser de dimensão biológica, psicológica, espiritual ou social. O enfermeiro é o responsável por identificar, registar, desocultar e descobrir forças porque existem algumas mais evidentes que outras. Segundo Figueiredo (2012), as forças da família devem ser consideradas aquando do planeamento das intervenções para a mudança.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES DA EQUIPA DE SAÚDE FAMILIAR

Desde o início da prática clínica que se efetuou uma caracterização, segundo vários itens, da lista de utentes da equipa de saúde familiar da Enfermeira Orientadora Cooperante. Considera-se esta uma atividade essencial, tendo em conta os objetivos que a sua prática profissional deve ter: organizar e gerir o tempo de consulta, programando o trabalho de modo adequado à população e ao tipo de problemas que esta apresenta; identificar problemas de saúde ou fatores de risco que requerem tratamento, seguimento ou educação; e, recolher dados que façam parte das atividades preventivas a realizar, por grupos etários e sexo. De forma a caracterizar mais pormenorizadamente os utentes pertencentes à equipa nuclear (Médica e Enfermeira de Família), é apresentada na figura 3 a pirâmide etária dos mesmos. De acordo com os dados colhidos através do MIM@UF (2023), a referida equipa possui 1703 utentes e 675 famílias inscritas.

Segundo a OE, o rácio de dotações seguras em cada UF é um enfermeiro para cada 1550 utentes ou um enfermeiro para cada 350 famílias (Reg. n.º 743/2019). Tendo em conta o

n.º de utentes e famílias da lista verifica-se, assim, um elevado n.º de indivíduos e famílias por enfermeiro, aproximadamente o dobro das famílias preconizadas, segundo as recomendações emanadas pela OE. Uma determinada lista de utentes induz à respetiva carga de trabalho, que varia de acordo com alguns fatores, fazendo com que a dimensão da lista tenha de ser ajustada em função das suas características e do contexto em que se insere. Quando essa dimensão é excessiva, tal como verificado anteriormente na equipa nuclear de saúde, podem verificar-se repercussões negativas no acesso e na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no desempenho assistencial que se traduz na dificuldade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como na satisfação dos utentes e profissionais (SNS, 2017). Os recursos humanos são insuficientes para a população que abrangem, daí considera-se necessário uma política de investimento em recursos humanos, de forma a proporcionar um acompanhamento adequado a todos os utentes e famílias, obtendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

À semelhança da pirâmide etária dos utentes inscritos na USF (figura 2), também nesta lista de utentes os elementos femininos (940) representam aproximadamente 55% e, os masculinos (765) constituem-se num valor de cerca de 45%. Verifica-se também, em concordância com a pirâmide etária da unidade de saúde, que aproximadamente 76% da população (1291) têm idades compreendidas entre os 5 e os 64 anos, cerca de 22% têm 65 ou mais anos (371) e apenas cerca de 3% têm idade até aos 5 anos (43). Constata-se também um elevado predomínio dos indivíduos entre os 40 e os 59 anos de idade (559 elementos), ou seja, indivíduos em idade ativa. Estes dados indicam que uma grande parte da população se encontra em idade ativa, e existe por parte da equipa uma preocupação acrescida com a organização dos horários das consultas verificando-se, por exemplo, consultas no período da tarde, em horário pós-laboral.

Tal como na pirâmide etária da USF, a base é estreita e o topo mais alargado, constituindo-se também uma população regressiva, verificando-se uma baixa taxa de natalidade, um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de mortalidade. Tal como se verifica nos países desenvolvidos, é comum a base da pirâmide ser reduzida, o corpo da mesma ser estável e, com ascensão gradual até ao topo. A razão da base ser reduzida, indica uma baixa taxa de natalidade, o que se deve muitas vezes a fatores como políticas de controlo da natalidade, participação das mulheres no mercado de trabalho, entre outros. O topo mais alargado está relacionado com a esperança de vida nesses países, que é elevada, indicando uma boa qualidade de vida, bem como políticas públicas direcionadas

ao setor da saúde. Contudo, também pode representar gastos elevados com programas de assistência à população envelhecida. Assim, estes gráficos divididos por sexo e idade, apresentam a estrutura da população, permitindo a análise da dinâmica populacional no que diz respeito aos indicadores sociais, como a esperança média de vida, a taxa de natalidade, a taxa de mortalidade, como também as diferenças entre indivíduos do sexo masculino e feminino.

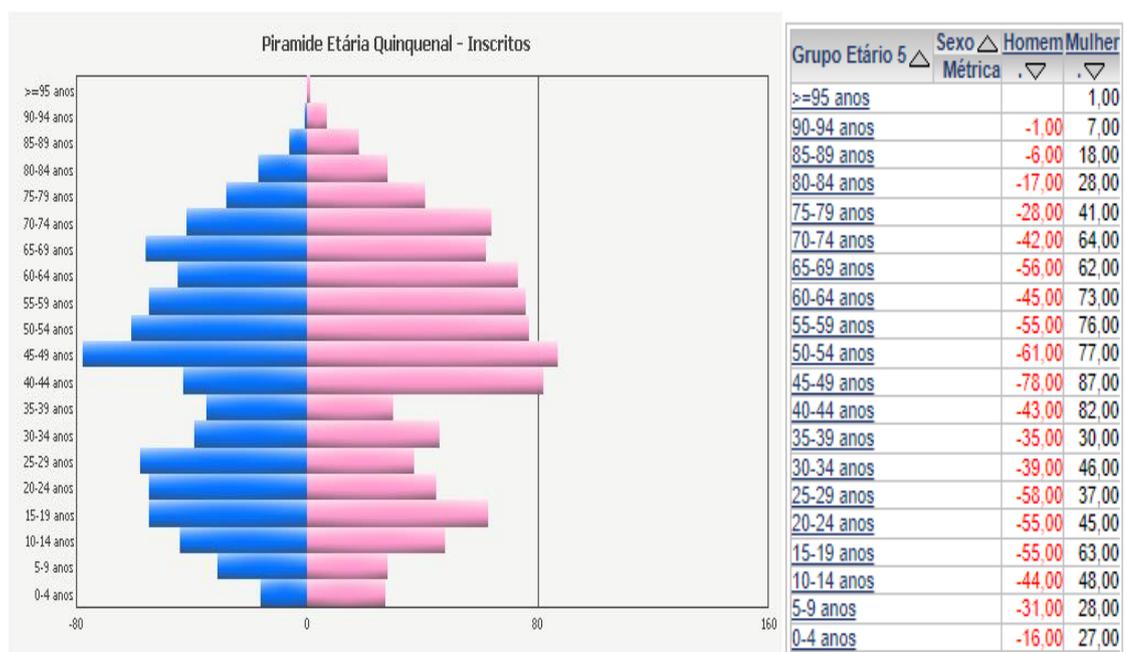


Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante. Fonte: MIM@UF, acedido em Fevereiro de 2023.

Nas plataformas informáticas SINUS, SClínico e MIM@UF foi possível verificar que o a lista de utentes possui: 457 mulheres seguidas em consultas de PF; 416 crianças e jovens no programa de SIJ; 388 utentes seguidos em consultas de RDO; 346 utentes hipertensos; 92 utentes com diagnóstico de diabetes; e, 2 utentes grávidas.

No que se refere ao processo de cuidados dos enfermeiros nos CSP, a realização de consultas é provavelmente a atividade mais realizada. Nas USF os enfermeiros realizam consultas aos indivíduos e famílias, ao longo do ciclo de vida. Na consulta de Enfermagem são identificados diagnósticos de enfermagem (a partir da colheita de dados e da decisão clínica sobre os mesmos), prescreve-se e implementa-se intervenções e, avalia-se os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Deste modo, é uma estratégia intencional e profissionalizada de organização da interação com o cliente, que permite sistematizar enquanto método científico o Processo de Enfermagem, assegurando

que os cuidados sejam adequados, individualizados e efetivos. Para que a consulta de Enfermagem se desenvolva com a qualidade que é exigida, é necessário que o enfermeiro apresente um processo mental de decisão clínica muito organizado, de forma à consulta ser uma interação terapêutica e não uma conversa (que poderia ser tida com outro profissional), ou uma colheita de dados sociodemográficos ou antropométricos (Melo, 2021).

No entanto, existem famílias que não são frequentadoras dos CSP, o que dificulta a sua caracterização presencial. Deste modo e porque se considera que todas os Enfermeiros de Família devem ter a sua lista de utentes caracterizada, uma vez que, através da mesma será possível direcionar e gerir os cuidados, adequando os mesmos ao tipo de família e estadio do ciclo vital, caracterizou-se a totalidade das famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante. Das 675 famílias que a lista de utentes contém, em relação ao Tipo de Família, dessas: 227 são unitárias; 304 são famílias nucleares; 93 monoparentais; 34 alargadas; e, 17 famílias classificadas como “outro” quanto ao tipo, pois não se enquadram em nenhum dos referidos, tal como se pode verificar na figura 4 apresentada de seguida. Destes dados podemos inferir que a lista de utentes tem, na sua maioria, famílias nucleares, que constatou o aumento das famílias clássicas na região de Coimbra (PORDATA, 2022). Também possui muitas famílias unitárias, existindo assim muitas pessoas a viver sós. No entanto, já apresenta um n.º considerável de famílias monoparentais, consequente da elevada taxa de divórcio existente na sociedade atual.

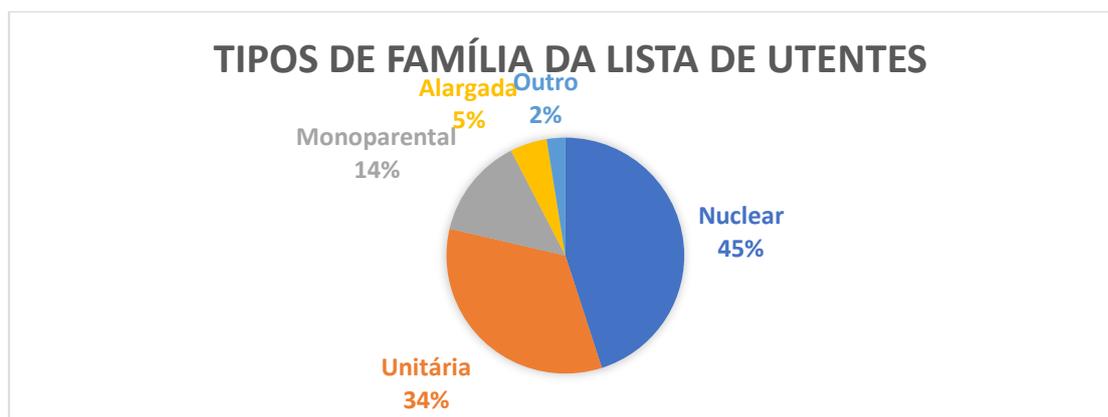


Figura 4 - Tipos de Família da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

No que se refere ao estadio do ciclo vital das famílias nucleares da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante, que se apresenta de seguida na figura 5: 7 famílias no I estadio – Famílias sem filhos; 10 famílias no estadio II – Famílias com filhos

pequenos; 19 famílias no III estádio – Famílias com filhos em idade pré-escolar; 49 no estádio IV – Família com filhos em idade escolar; 76 famílias no V estádio – Famílias com filhos adolescentes; 75 famílias no estádio VI – Famílias com filhos adultos jovens; 22 no estádio VII – Família de meia-idade; e, por fim, 46 no estádio VIII – Família idosa. Analisando estes valores, pode concluir-se que a maioria das famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante se encontra nos últimos estádios do ciclo vital familiar. São compostas por elementos em idade ativa, sendo famílias por vezes pouco frequentadoras dos CSP, mas também por elementos de uma idade mais avançada, confirmando uma baixa taxa de natalidade e um aumento da esperança média de vida, tal como foi refletido anteriormente através da análise da pirâmide etária da lista de utentes (figura 3).

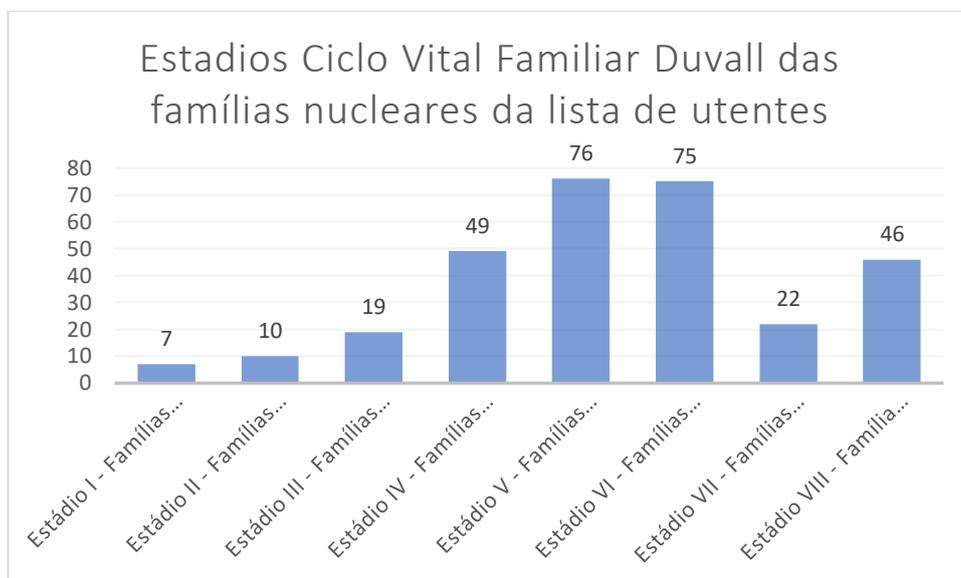


Figura 5 - Estádios Ciclo Vital Familiar de Duvall das famílias nucleares da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

2.2 - AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FAMÍLIAS

Durante a realização da Prática Clínica e Estágio na USF, a mestranda realizou consultas de forma autónoma, nomeadamente: Saúde da Mulher, especificamente a Consulta de PF e a Consulta de RDO; Consulta de DM; Consulta de Risco Cardiovascular como a Consulta de HTA; e, o Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (inserido em todas as tipologias de consultas). Realizou-se também com supervisão Consultas de SM, Consultas de Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, nomeadamente a SIJ e, a Consulta de Hipocoagulação. Enquanto estudante do Curso de Mestrado a realização

de consultas permitiu analisar a dinâmica familiar bem como o que a suporta e, codesenvolver e avaliar as intervenções de enfermagem de família, ou seja, neste contexto foi possível efetivamente contactar diretamente com as famílias, percebendo as suas reais condicionantes e conseguindo intervir nas mesmas, obtendo ganhos em saúde. Em todas as tipologias de consultas referidas acima, considera-se importante salientar que se realizaram autonomamente pela mestranda os registos das mesmas nas várias plataformas, nomeadamente sistema de informação SClínico e plataforma Vacinas.

Elaborou-se a caracterização, avaliação e intervenção a uma amostra de famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante, tendo construído um ficheiro Excel na qual se introduziram todos os dados de caracterização das famílias que poderá ser continuamente atualizado pela enfermeira. O referido modelo, inclui várias áreas distintas que contribuem para aumento de conhecimento das famílias, em especial das suas potenciais vulnerabilidades que podem assim ser mais facilmente identificadas e intervencionadas. Todos os registos foram realizados no Programa de Saúde da Família, presente no sistema de informação SClínico. Deste modo, utilizou-se os sistemas de informação disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, assim como a realização da caracterização das famílias, com recurso ao ficheiro Excel, comprovando a utilização das tecnologias de informação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF. Assim, tendo em consideração o referido acima, geriu-se, articulou-se e mobilizou-se os recursos necessários à prestação de cuidados à família, atendendo à unidade de Competência Específica do EEESF **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19359).

Com o documento Excel referido também se considera que foi cumprida a Competência Comum do EE no domínio da **“Melhoria contínua da qualidade”**, pois tentou-se ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas, desenvolvendo práticas de qualidade e garantindo um ambiente terapêutico e seguro, gerindo o ambiente centrado na pessoa para a efetividade terapêutica. Conseguiu-se assim, através do documento elaborado, uma visão mais facilitadora de pontos com possível necessidade de intervenção (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4747).

Trata-se de 80 famílias às quais se realizaram consultas nas variadas tipologias, nomeadamente: 30 consultas para cumprimento do Programa Nacional de Vacinação; 16 para consulta de HTA; 12 consultas de RDO; 12 em consultas de DM; 10 consultas de

SIJ; 8 consultas de PF; 3 consultas de SM; e, 2 consultas para Tratamento de Ferida Cirúrgica, tal como se pode verificar na figura 6 que se apresenta de seguida.

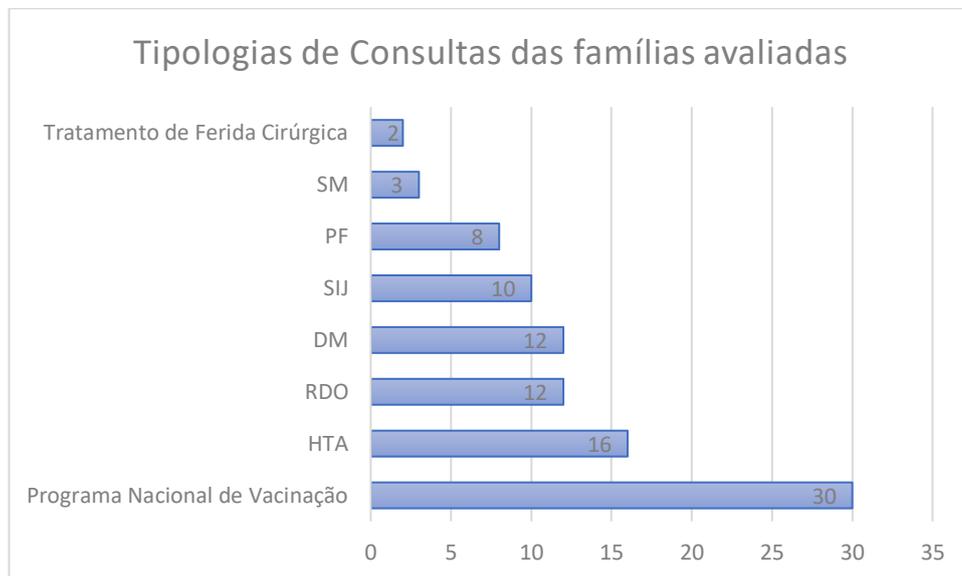


Figura 6 - Tipologias de Consultas realizadas às famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

De salientar que o n.º de consultas excede o de famílias, uma vez que, na mesma família realizei mais do que uma consulta e, na sua maioria, contactei com mais do que um elemento da família em simultâneo, o que considero muito benéfico para a avaliação familiar. Apesar de não constar neste Relatório de Estágio dados de identificação das famílias, em todos os contactos foi consentido o fornecimento de informações, realizado em contexto de consulta. No que se refere ao Tipo de Família, que se apresenta de seguida na figura 7, estas decompõem-se em: 58 famílias nucleares; 9 famílias monoparentais; 8 famílias unitárias; 4 famílias alargadas; e, 1 classificada como outro. A tipologia familiar mais predominante é a nuclear, corroborando os dados dos Censos de 2021 do Instituto Nacional de Estatística (PORDATA, 2022).

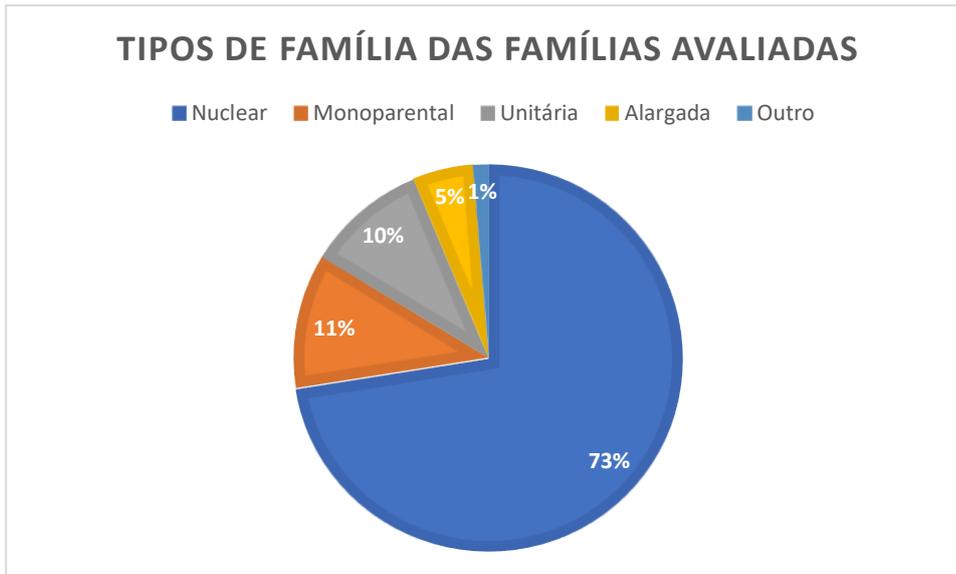


Figura 7 - Tipos de Família das famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

O ciclo vital da família pressupõe a identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, tendo em conta o cumprimento de tarefas bem definidas, tarefas essas que caracterizam as diferentes etapas. A família apresenta como função interna o desenvolvimento e a proteção dos membros e, como função externa, a socialização, adequação e transmissão de determinada cultura. Assim, a família terá de realizar duas tarefas, por um lado a criação de um sentimento de pertença ao grupo e, por outro lado, a individuação/autonomização dos seus elementos (Relvas, 2006).

O sistema de informação SClínico, existente na USF, na qual as famílias foram avaliadas, adota os estadios do ciclo vital propostos pelo sociólogo Duvall, que os classifica em 8 distintos, sendo que cada um define um conjunto de tarefas que devem ser cumpridas, para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento. Esta classificação aplica-se à família nuclear, desde a sua formação e evolução a partir do nascimento do primeiro filho. Assim, não foi possível se classificar outros tipos de família como as monoparentais, as alargadas ou unitárias. Apesar do nascimento de outros filhos originar processos de reestruturação para integrar o novo elemento, é com o primeiro que as transições são vivenciadas como marco de desenvolvimento. Da mesma forma, na avaliação do ciclo vital da família, apesar das etapas serem descritas linearmente, estas podem sobrepor-se, originando diferentes níveis de desenvolvimento. Além de que, a mudança de uma etapa para a seguinte não implica que as tarefas específicas de cada uma sejam finalizadas no momento processual de transição (Figueiredo, 2012).

Assim, das famílias caracterizadas e avaliadas, nomeadamente das 58 famílias nucleares, a quem pode ser identificado o Ciclo Vital de Duvall, verificou-se a existência de: 1 família no estadio I – Famílias sem filhos, sendo que na formação do casal é necessário o desenvolvimento satisfatório do processo de acomodação das rotinas quotidianas; 2 famílias no estadio II – Famílias com filhos pequenos (do nascimento até aos 3 anos de idade). Dá-se uma reorganização familiar, com uma nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade; 4 famílias no estadio III – Família com filhos em idade pré-escolar (até à entrada na escola). A nova configuração familiar implica a redistribuição dos papéis entre os cônjuges e o seu envolvimento nas tarefas parentais; 5 famílias no estadio IV – Família com filhos na escola (até à adolescência). Além das tarefas no âmbito da conjugalidade, complexifica-se o exercício da parentalidade, tendo a família, como unidade, de reajustar o seu funcionamento; 3 famílias no estadio V – Famílias com filhos adolescentes (da saída da escola até aos 21 anos de idade). Neste estadio, o desenvolvimento da autonomia do filho torna-se uma tarefa prioritária, pois os filhos devem aumentar o seu poder nas tomadas de decisões da família; 14 famílias no estadio VI – Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa). É nesta etapa que a família se prepara para ser a família de origem, tendo de facilitar a saída dos filhos de casa e renegociar a relação do casal; 5 famílias no estadio VII – Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma). Nesta etapa é onde se evidencia mais o cruzamento de gerações, pois entram novos membros (noras, genros e netos) e, simultaneamente, as gerações mais idosas que podem entrar e voltar a sair; 24 famílias no estadio VIII – Família idosa (da reforma à viuvez). Nesta fase o avançar da idade implica a diminuição progressiva da autonomia, maior suscetibilidade para a doença, tendo como consequência maiores dificuldades de adaptação ao ambiente (Figueiredo, 2012; Rebelo, 2018; Relvas, 2006).

Com o referido anteriormente foi possível caracterizar-se e avaliar-se famílias de todos os estadios do Ciclo Vital de Duvall, como se pode verificar na figura 8 que se apresenta de seguida, o que se proporcionou numa mais-valia na formação enquanto futura EEESF. De referir que o modelo de Duvall representa o contexto da época em que surgiu, verificando-se vulnerabilidades na atualidade, pois apenas se aplica a famílias nucleares e demonstra rigidez nas tarefas a desempenhar (Caniço, Bairrada, Rodriguez & Carvalho, 2010). É importante salientar, que este conhecimento acerca das tarefas próprias de cada etapa do ciclo vital familiar permite antecipar motivos de *stress*, fornecer estratégias

adaptativas eficazes, transmitir segurança, e investigar junto da família os seus problemas de transição prioritários, detetando possíveis dificuldades sentidas, conseguindo-se, assim, atuar mais precocemente. De acordo com a avaliação efetuada pode-se verificar algumas famílias que careceram de intervenção, que serão abordadas mais à frente neste subponto.

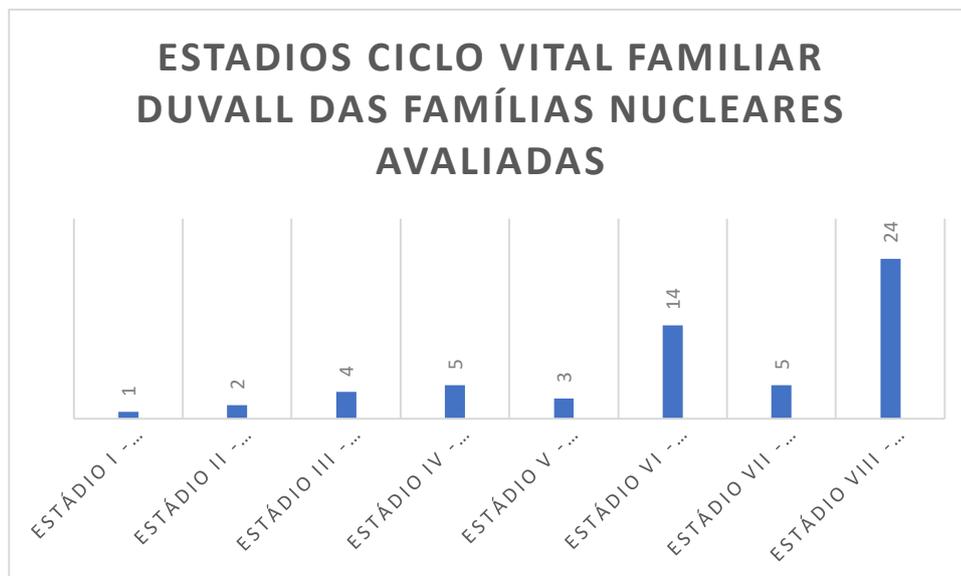


Figura 8 - Estádios Ciclo Vital Familiar de Duvall das famílias nucleares avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

Deste modo, foram mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, tais como conhecimentos de sociologia de Duvall e de psicologia de Relvas, abordados nas várias etapas do ciclo vital familiar. Foi também analisado o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros (especialmente com a construção do ecomapa a determinadas famílias), o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas. Dado o referido anteriormente, atendi à unidade de Competência Específica do EEESF “**Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas**” (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357).

Considera-se importante salientar que das 80 famílias caracterizadas e avaliadas, 22 não possuíam o agregado familiar em sistema de informação SClínico de acordo com a realidade, uma vez que, aquando da caracterização das mesmas foi possível perceber-se que existiam: 13 famílias que já não tinham um dos filhos a viver na mesma habitação; 5 famílias que após divórcio, os conjugues e filhos já não habitam na mesma casa, estando ainda no mesmo processo familiar; 1 utente que se encontra só no processo, mas que vive

com a filha, o genro e a neta; entre outras situações semelhantes. Estes factos fizeram com que as famílias alterassem o seu tipo de família e estadió do ciclo vital, sendo na realidade um tipo e estadió distintos do que se verificam em sistema informático, passando algumas famílias de nucleares para monoparentais, 4 famílias de alargada para nuclear, 1 em situação inversa e, 2 famílias de nuclear para unitária.

Assim, pode comprovar-se a importância da caracterização e avaliação da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante, tendo tido contacto direto (como foi o caso, em ambiente de consulta) com as famílias, conseguindo, apenas desta forma, conhecer as famílias numa perspetiva de avaliação, mas também de intervenção e promoção da saúde familiar. Concluindo, considera-se o processo de caracterização mais verdadeiro e real pelo contacto direto com as famílias do que pela pesquisa no sistema informático, onde se verificou, como se referiu acima, muitas inconformidades nos agregados familiares.

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, a Escala de Graffar, avalia as condições socioeconómicas 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 psicossocial. O baixo estatuto socioeconómico está associado a défices e dificuldades diversas, relacionadas com limitações de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos. As características da família colocá-la-ão num dos cinco graus de cada um destes itens: profissão; nível de instrução; fonte de rendimento familiar; conforto do alojamento; e, aspeto da zona de habitação. O somatório destas pontuações permite incluir a família numa das seguintes posições sociais: classe alta (I): de 5 a 9; classe média alta (II): de 10 a 13; classe média (III) de 14 a 17; classe média baixa (IV) de 18 a 21; classe baixa (V) de 22 a 25 (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005). Nas 80 famílias avaliadas presencialmente obteve-se os seguintes valores: 17 famílias de classe alta; 24 famílias de classe média alta; 34 famílias de classe média; e, 5 famílias de classe média baixa, tal como se pode verificar na figura 9 que se apresenta de seguida.

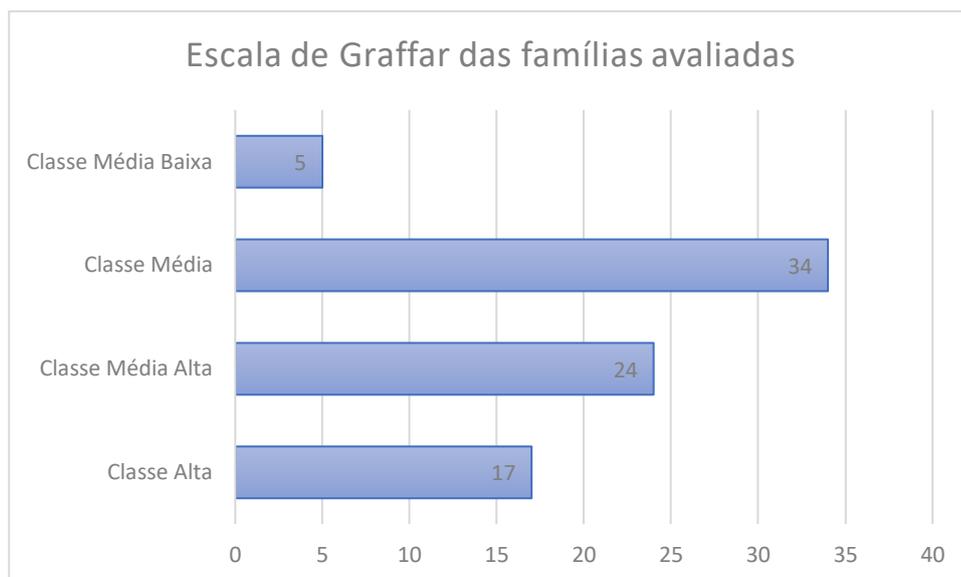


Figura 9 - Resultados da aplicação da Escala de Graffar às famílias avaliadas da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante (fevereiro, 2023).

Nas famílias, aquando da sua caracterização e avaliação, verificou-se a existência de algumas necessidades que foram alvo de intervenção de enfermagem segundo o MDAIF (Figueiredo, 2012). Este modelo foi o escolhido, uma vez que, é o que se encontra parametrizado no sistema de informação SClínico, bem como permite obter indicadores de avaliação, de prevalência e de resultado que serão apresentados no próximo subponto deste capítulo. São famílias que se constituem como exemplos que caracterizam o desenvolvimento das competências a desenvolver. De seguida passa-se a descrever os referidos casos, sendo que as famílias serão codificadas, de forma a manter a confidencialidade das mesmas.

Uma família de classe média-baixa (Família A), a viver num bairro social, com sucessivas faltas a consultas de vigilância infantil obrigatórias, já com referenciação prévia de alguns dos filhos à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Deste modo, e segundo o MDAIF, no que se refere à dimensão de Desenvolvimento, considera-se que esta família demonstra ter o *Papel Parental Não Adequado por Comportamentos de Adesão Não Demonstrado*, nomeadamente na adesão às consultas de vigilância infantil. Foi realizado, em conjunto com a Enfermeira Orientadora Cooperante, referenciação para a UCC que posteriormente encaminhou para o núcleo de risco. Realizou-se vários contactos telefónicos para remarcação de consultas, muitos sem sucesso, mas naqueles em que existiu oportunidade motivou-se sempre a família para adesão à vacinação e consultas de vigilância das crianças (*Ibidem*). Como a situação se manteve inalterada, voltou-se a

referenciar, orientando assim para serviços sociais, tendo as crianças sido posteriormente encaminhadas para a CPCJ.

Um utente, adulto de meia-idade a viver com a sua mãe idosa (Família B), realizou um pedido de auxílio à Enfermeira Orientadora Cooperante, referindo que a mãe, diabética e hipertensa, não adere ao regime terapêutico, apresentando recusa de alimentação, medicação, e até cuidados de higiene pessoal. Decidiu-se realizar uma VD. Considerou-se importante a VD ser multidisciplinar, intervindo também a médica de família a fim de analisar a situação. Verificou-se uma situação de ausência de cuidados de saúde para com a utente, encontrando-se a mesma sem cuidados de higiene e conforto, apresentando já uma úlcera por pressão no trocânter esquerdo. Assim, considera-se, segundo o MDAIF, uma situação de *Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado por Comportamentos de Adesão Não Demonstrado*, sendo que nas várias VD e em contexto de consulta na USF foi motivado o prestador de cuidados para a promoção e assistência da higiene, vestuário, ingesta nutricional e autovigilância de saúde do familiar dependente, referindo o mesmo que a utente recusa alguns cuidados como por exemplo a alimentação. De imediato contactou-se a Assistente Social, tendo o caso sido encaminhado para a mesma a fim de se assegurar os cuidados imediatos à utente (*Ibidem*).

Foram mantidas a realização de VD de enfermagem a esta família, a fim de continuar a acompanhar a situação. É de salientar que a gravidade da situação foi mais rapidamente e facilmente percecionada pois se optou, em primeira instância, pela VD. Esta é a melhor forma de conhecer a realidade da família no seu contexto, possibilitando a verificação dos fatores determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. A VD a esta família poderia também ter tido a finalidade de otimizar a capacitação para o autocuidado e o empoderamento por parte do cuidador informal, promovendo assim a autonomia e a qualidade de vida da utente em situação de dependência, de incapacidade ou com necessidades especiais de apoio. No entanto, foi explícito por parte do utente a recusa em realizar determinados tipos de cuidados à mãe, nomeadamente de higiene, referindo repulsa, tendo então sido acionado pedido de intervenção por parte da Assistente Social, como referido anteriormente. Deste modo, pode também definir-se *Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado por Saturação do Papel*, pois o utente mencionou problemas emocionais associados ao desempenho do papel, tendo-se promovido a comunicação expressiva de emoções, tentando perceber os motivos para a recusa dos cuidados à mãe e

foram exploradas quais as situações geradoras de saturação, colmatando essas falhas com soluções (*Ibidem*).

Em contexto de consulta de vigilância a uma utente pertencente a uma família alargada (Família C), aquando da avaliação familiar, revelou existirem conflitos com a neta, nomeadamente na forma como ela se expressa para com a avó. Deste modo, pode definir-se o diagnóstico de *Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não Eficaz*, pois não existe satisfação relativamente ao modo como os membros da família se expressam, estando a ter impacto na mesma. Após essa consulta a filha da utente foi contactada para uma consulta de vigilância também com o intuito de perceber mais pormenorizadamente a dinâmica familiar, promovendo assim o envolvimento familiar e a comunicação expressiva de emoções, tentando perceber quais as dificuldades concretas de comunicação existentes na família, tendo sido promovida uma comunicação aberta (*Ibidem*). Outra situação semelhante foi a de um utente de uma família alargada, em que o avô (Família D) revelou existir alguns problemas de comunicação entre os membros da família, sentindo-se só, apesar do seu tipo de família. Nesta família verifica-se também *Processo Familiar Disfuncional por Comunicação Não eficaz*. Foram realizados ensinamentos acerca de algumas estratégias de resolução dos problemas referidos, como por exemplo promoção de atividades em conjunto e de rituais familiares (*Ibidem*).

Realizou-se consultas de vigilância de saúde a duas famílias em processo de luto recente (Família E), estando a atravessar uma transição situacional. De salientar que uma dessas famílias tem um filho adulto ainda a viver com a mãe, que apresenta como patologia psiquiátrica Bipolaridade. Ambas as famílias referiram estar a deparar-se com novos papéis, apresentando conflito de papel pois mencionaram sobrecarga de papéis (o que não ocorria antes da viuvez), e saturação de papel pois encaram estes novos papéis como imposições, trazendo-lhes recordações do passado, referindo problemas emocionais e psicológicos associados ao desempenho do papel. Assim, verifica-se *Processo Familiar Disfuncional por Interação de Papéis Não Eficaz e por Interação de Papéis Conflitual*. Foi promovida a comunicação expressiva de emoções, tentando perceber quais as reais dificuldades, identificando o que será necessário intervir. Foi promovido o envolvimento da família, percebendo quem pode ser identificado como elemento de retaguarda, a quem se poderá recorrer, identificando os papéis familiares e as suas dimensões não consensuais, bem como foi motivada a redefinição dos papéis pelos membros da família, negociando os mesmos, promovendo o suporte familiar. A ambas foi-lhes oferecida a

possibilidade de encaminhamento para a URAP, para consultas de psicologia, existindo assim a possibilidade de requerer serviços de saúde, sendo que foi realizada a tentativa de negociar a redefinição de papéis por outros membros da família, promovendo essa mesma redefinição com o suporte da família (*Ibidem*).

Uma família de classe média-baixa (Família F), em que a filha adulta vive com os pais num bairro social. É uma família que não vigia regularmente a sua saúde, a filha encontra-se atualmente desempregada e a atravessar uma fase depressiva após o término de um relacionamento. Anteriormente já teve consultas de psiquiatria, as quais deixou de frequentar por incompatibilidade com o clínico. A utente referiu muitas vezes sentir-se frustrada em relação à sua vida, não tendo conseguido prosseguir com os estudos, ao contrário do irmão, sendo um desgosto que possui. Referiu ainda que se sente sozinha e que tem muita dificuldade em confiar nos outros. Após a consulta de vigilância realizada em que após a caracterização familiar se debateram estes factos, informou-se a médica de família, explicando a necessidade de um seguimento desta utente, pelo que foi encaminhada para a URAP para consultas de psicologia.

Deste modo, foram reconhecidas situações de especial complexidade, tendo conseguido formular respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar (Wright & Leahey, 2013).

Os enfermeiros a exercer funções em unidades funcionais podem realizar referências externas por exemplo para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e internas, a nível do ACeS, por exemplo para a URAP, a UCC ou para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Através do encaminhamento e referência dos utentes e famílias para outros profissionais de saúde, como se referiu acima, cumpriu-se a unidade de Competência Específica do EEESF “**Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**”, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família, gerindo a continuidade de cuidados de saúde, sempre com a permissão da família. Deste modo, geriu-se, articulou-se e mobilizou-se recursos necessários à prestação de cuidados à família, colaborando em processos de intervenção no âmbito da ESF (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358). Assim, foram também geridos os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, reconhecendo quando se deve referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. Também foi adaptada a liderança e a gestão dos recursos às situações

e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados através do reconhecimento dos papéis e funções dos membros da equipa, fomentando um ambiente favorável à prática. Especificamente na situação da ausência de cuidados proporcionados pelo filho à utente idosa dependente, a mestranda participou na construção da tomada de decisão em equipa, em colaboração com a médica de família e assistente social. Deste modo, contribuiu-se também para o desenvolvimento da Competência Comum do EE no domínio da **“Gestão de cuidados”** (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4748).

A unidade de Competência Específica do EEESF **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de ESF”** também foi cumprida, pois colaborou-se com os colegas da UCC na resolução de problemas mais complexos de ESF, nomeadamente no caso da família não cumpridora das consultas de vigilância de saúde infantil (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

Desta forma demonstrou-se uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, cumprindo também a Competência Comum do EE no domínio da **“Responsabilidade profissional, ética e legal”**, pois foram identificadas práticas de risco, tendo adotado uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da cliente. Ao manter as VD a essa família em questão tentou-se também prevenir a recorrência (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4746).

Os Enfermeiros de Família possuem o privilégio de cuidar de famílias em distintas fases do ciclo vital familiar, onde as famílias vivenciam diversas transições (Meleis, 2010). Em relação às famílias que a mestranda detetou que se encontram em algum tipo de transição, verificou-se 23 famílias da amostra, sendo que: 17 se encontram a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental, em que 6 são famílias com filhos adolescentes e 11 estão em transição para a parentalidade, sendo que uma destas famílias se encontra a vivenciar estas duas transições em simultâneo, pois têm filhos adolescentes mas também filhos recém-nascidos; e, 6 famílias em transições do tipo situacional, nomeadamente: 1 família em que um dos elementos se encontra desempregado; 2 famílias a vivenciar um processo de luto; 1 família num processo de divórcio ultrapassado, mas de regresso temporário a casa dos pais, juntamente com a filha; e, 2 famílias em transição muito recente para a reforma, sendo que uma delas está de regresso ao nosso país após emigração.

O processo de caracterização, avaliação e intervenção familiar elencado anteriormente proporcionou muitos ganhos em saúde, nomeadamente a Enfermeira Orientadora Cooperante ficar com uma parte das famílias da sua lista de utentes caracterizadas e

avaliadas a vários níveis, conseguindo definir prioridades, identificar vulnerabilidades e assim, atuar mais precocemente. Considera-se também muito relevante para a visibilidade da ESF, os registos terem sido efetuados no programa Saúde da Família (que não estava realizado), sendo que estes podem sempre ser alterados e atualizados, aquando dos vários contactos, dando o mote para o seguimento deste trabalho com as famílias. As próprias famílias revelaram algum espanto acerca da variedade de assuntos que são da alçada da ESF, mostrando-se interessados e disponíveis, aumentando também o reconhecimento da importância da prática do EEESF na população. A caracterização referida contribuiu para o desenvolvimento de Competências Específicas do EEESF: **“Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”** e **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357-19358).

A pesquisa ao longo da UC, bem como as várias intervenções realizadas foram discutidas com a Enfermeira Orientadora Cooperante, demonstrando a procura de orientação, a fim de melhorar a prática de ESF. Os cuidados de saúde familiar foram prestados de acordo com os padrões preconizados, atuando de acordo com o Processo de Enfermagem, colhendo a informação pertinente, identificando necessidades, definindo diagnósticos, prescrevendo intervenções e, avaliando o resultado das mesmas.

A motivação para a pesquisa bibliográfica foi uma constante ao longo da prática clínica e estágio, na exploração de conceitos, teorias e práticas, reconhecendo que estas aprendizagens permitiram evoluir positivamente neste percurso, promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. A procura e abertura, nas consultas de vigilância e nas VD, promoveram a aproximação aos elementos individuais, aos seus subsistemas e às famílias, proporcionando a compreensão das suas realidades, características estruturais, desenvolvimentais e funcionais. Assim, considera-se alcançada a unidade de Competência Específica do EEESF **“Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de ESF”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

A família apresenta-se como um contexto social singular, temporalmente transversal, com novas configurações geradas pela evolução da sociedade, com previsibilidade devido às suas etapas e tarefas que acompanham o ciclo de vida familiar, mas também com adaptação flexível nos processos de saúde-doença e nas crises imprevisíveis. Durante a Prática Clínica de ESF decorreu o Dia Internacional da Família (15 de Maio), pelo que a mestrandia decidiu elaborar dois cartões distintos para entregar às famílias, de forma a

elucidá-las de que o Enfermeiro de Família estará sempre disponível para qualquer necessidade de saúde, enaltecendo assim a ESF. Ambos os cartões encontram-se em formato para possível publicação, por exemplo nas redes sociais da USF.

Foi efetivamente nas várias consultas realizadas às famílias que se aumentou o conhecimento, o grau de desenvoltura e, as competências enquanto futura EEESF. A integração na USF, compreendendo a sua organização e funcionamento, bem como a realização da sua caracterização, permitiu conhecer a equipa multiprofissional, a estrutura física, o material existente e o local do mesmo, conseguindo-se assim prestar cuidados mais adequados às necessidades das famílias, estabelecendo-se sempre uma comunicação eficaz com as mesmas, assim como com a equipa. A caracterização da amostra de famílias, a sua avaliação e intervenção nas mesmas, em contexto de consulta, permitiu ter uma visão mais real e objetiva do tipo de famílias existente, dos estadios do ciclo vital predominantes e, das suas vulnerabilidades através da aplicação das várias escalas, tendo-se em determinadas situações desenvolvido intervenções para colmatar algumas necessidades identificadas e diagnosticadas. Todo este processo de avaliação inicial, com a aplicação de diversas escalas de avaliação familiar (que serão abordadas de seguida), bem como a avaliação das intervenções de diagnóstico, posterior identificação dos focos de atenção e diagnóstico e, por fim, seleção das intervenções sugeridas face ao foco (que tenham sido realizadas), foi registado devidamente no sistema de informação SClinico.

De forma a cumprir os objetivos para esta UC, obtendo um conhecimento aprofundado do sistema familiar e para desenvolver as Competências Específicas do EEESF decidiu-se, aquando da caracterização das famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante, selecionar um grupo de famílias que se encontrasse a vivenciar uma transição normativa do ciclo de vida familiar, tendo escolhido famílias em transição para a parentalidade, para avaliar e intervir nas mesmas. Segundo Figueiredo (2012), as famílias manifestam a sua individualidade pela forma particular como se desenvolvem ao longo do ciclo vital. A seleção das famílias teve em conta o gosto pessoal, ser uma transição determinante para a saúde da família e, conseguir ter um acompanhamento regular e duradouro com estas famílias nas consultas de vigilância de SM e, posteriormente, nas consultas de vigilância de SIJ.

De salientar que a temática do estudo de investigação que será apresentado no próximo capítulo, surgiu após a avaliação e intervenção nestas famílias, pois durante esse processo foram detetadas dificuldades ao nível da satisfação conjugal a todas as famílias em

transição para a parentalidade avaliadas, apresentando necessidades de intervenção, tendo sido identificados alterações nos diagnósticos de enfermagem e tendo intervenido nas mesmas. Deste modo, as atividades clínicas realizadas com as famílias permitiram o desenvolvimento das atividades de investigação. Sendo a conjugalidade, nomeadamente a satisfação conjugal, uma necessidade identificada a todas as famílias em transição para a parentalidade do grupo selecionado, considera-se pertinente e com fundamento investigar esta temática, como será explicitado no próximo capítulo.

Ainda que todas as informações fornecidas tenham sido consentidas em contexto de consulta, as referidas famílias encontram-se codificadas, sendo identificadas por um n.º (Família 1, 2 e 3). Desta forma mantém-se a confidencialidade da identidade dos envolvidos. Foi assim assegurada a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, bem como foi respeitado o direito do cliente à privacidade. Assim, desenvolveu-se a prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Ao longo das atividades clínicas desenvolvidas durante a prática clínica e estágio, procurou-se sempre promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pelos direitos dos utentes/famílias no acesso à informação, à confidencialidade, ao direito de escolha, à privacidade e aos seus valores.

Como será relatado no próximo capítulo, referente à componente de investigação, aos participantes do estudo realizado foi-lhes fornecido um Consentimento Informado, de forma a garantir que a participação dos mesmos foi totalmente esclarecida e voluntária. A UC Ética e Deontologia também contribuiu em grande parte para o desenvolvimento desta competência, sedimentando conhecimentos já adquiridos, em que se refletiu sobre questões da prática clínica diária, contribuindo para uma visão atenta e alertando para a necessidade de agir, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Todas as intervenções realizadas tiveram por base o Código Deontológico, onde são definidos os deveres e direitos de todos os profissionais de enfermagem. Neste sentido, considero ter sido desenvolvida e cumprida ao longo de todo o estágio a Competência Comum do EE no domínio da “**Responsabilidade profissional, ética e legal**”, promovendo uma prática de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4746).

Avaliou-se as três famílias segundo um guião de entrevista para recolha de dados, elaborado a partir da Matriz Operativa do MDAIF, avaliando as três famílias nas três

dimensões do referido modelo (Figueiredo, 2012). A mestranda ficou sensibilizada para a importância de observar os casais, de utilizar os conhecimentos acerca do ciclo vital familiar na exploração e resolução dos problemas percebidos e não percebidos pelas famílias, através da avaliação das mesmas, de forma a valorizar as mudanças sofridas na qualidade de vida, fundamentando as intervenções do EEESF.

Trata-se de três famílias em que duas serão pais pela primeira vez, ou seja, duas famílias no I estágio do Ciclo Vital de Duvall - Famílias sem filhos e uma será o segundo filho, sendo o filho mais velho desse casal uma criança pequena, estando no estágio III do referido ciclo vital - Família com filhos em idade pré-escolar (Relvas, 2006). Surgiram oportunidade de realizar consultas de SM a todas as famílias, e de SIJ após o nascimento das crianças.

Promoveu-se o diálogo com as famílias ao longo de todas as consultas, de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos. Também se utilizaram estratégias na interação com as famílias, através da aplicação do guião de entrevista para realização da colheita de dados familiar, estimulando-as a participarem ativamente na resolução das situações complexas de saúde familiar. Garantiu-se a segurança e a qualidade dos cuidados implementados, através da aplicação de técnicas de intervenção familiar, bem como foram promovidos ambientes seguros e saudáveis para as famílias.

Na atuação da mestranda, no decorrer das consultas de vigilância de SM e SIJ, realizou-se entrevistas às famílias no sentido de compreender a sua realidade, a sua estrutura, as suas histórias, as suas experiências, os seus medos, as suas preocupações, os seus valores e costumes, tendo atuado nos problemas identificados. As intervenções sugeridas foram no âmbito do ajuste de tarefas, inerentes à adaptação à gravidez e ao papel parental, na negociação da participação dos elementos, na normalização dos sentimentos de tristeza, ansiedade, medo e *stress*, na educação para a saúde e na capacitação das famílias com estratégias de *coping*. Deste modo, cumpriu-se a unidade de Competência Específica do EEESF **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

De forma a conhecer a dinâmica familiar para prestar os cuidados mais adequados a cada família, realizou-se uma anamnese às famílias, tendo sido solicitado o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar (com a construção do genograma), sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde. Também ao longo das consultas foram observadas interações familiares, assim como a

comunicação verbal e não-verbal dos intervenientes, tendo essas informações adicionais sido integradas na avaliação familiar. Nesta avaliação foram utilizados vários instrumentos de avaliação familiar, como as escalas presentes no MDAIF, pelo qual o programa Saúde da Família do sistema de informação SClínico se baseia, nomeadamente: a Escala de Graffar; o APGAR (*Adaptability; Partnership; Growth; Affection; Resolve*) Familiar de Smilkstein que avalia a percepção dos membros da família quanto à funcionalidade da mesma; bem como outras presentes no MDAIF como a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe que permite identificar os eventos familiares geradores de *stress*; e, a Escala FACES II para avaliar a coesão e a adaptabilidade da família. Na aplicação desta última escala às três famílias intervencionadas, verificou-se em todas o tipo Muito Equilibrada. Quanto ao APGAR Familiar: na Família 1 e 3 obteve-se o score máximo, considerando-se altamente funcionais; na Família 2, obteve-se um score que corresponde a uma percepção de moderação disfunção familiar. Em relação à Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe: a Família 1 apresenta uma probabilidade máxima de ocorrência de doença psicossomática; na Família 2, obteve-se uma menor probabilidade de incidência de doenças; e, a Família 3 apresentou um score equivalente a 50% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica (Figueiredo, 2012).

De acordo com Figueiredo (2012), a utilização de instrumentos de avaliação familiar favorece a comunicação terapêutica e possibilita uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar. A própria natureza dos CSP permite que todas as famílias sejam suscetíveis de avaliação, e esta proporciona a identificação dos seus recursos e forças, assim como as necessidades, congruentes com a sua unicidade, para o planeamento de intervenções ajustadas.

Com as várias avaliações familiares realizadas pode-se compreender que uma avaliação não sistematizada conduz a intervenções desadequadas, pois após a avaliação familiar, o plano de cuidados foi individualizado e focalizado. O n.º de focos foi mais reduzido, pois a avaliação eliminou diagnósticos dirigidos a problemas não existentes, a conhecimentos demonstrados e a adaptações adequadas. Assim, considera-se pelo que foi enunciado, ter atingido a unidade de Competência Específica do EEESF **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357).

No desenvolvimento deste trabalho com as famílias conseguiu-se: abordar a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades; estabelecer o diálogo

familiar para definir futuros objetivos de saúde, promovendo que a própria família debatesse os temas que foram sendo abordados, de forma a perceber e identificar as diferentes perspetivas; reforçar os pontos fortes da família no âmbito da saúde, pois no final de cada consulta após definição dos diagnósticos identificados, era sempre enaltecido aquilo que apresentavam como não comprometido, de forma a que reconhecessem os seus pontos fortes e recursos, em detrimento do que necessitavam de alterar; conceber um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.

Os diagnósticos elaborados, de acordo com a singularidade da família, baseados na sua estrutura, nos seus objetivos e nos seus recursos e forças específicas, só surgiram após a compreensão e reconhecimento da interação no sistema familiar. Segundo Figueiredo (2012), a compreensão do sistema familiar permite observar um sistema aberto, de inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade.

Todas as oportunidades em contexto de consulta para realização de educação para a saúde, com a realização de intervenções educativas às famílias em questão foram tidas em conta, enfatizando a promoção da saúde e rastreando situações de saúde complexas. Foi demonstrada disponibilidade na abordagem às famílias para, juntamente com as mesmas, traçar objetivos de saúde, de forma a responder às necessidades identificadas, reforçando os pontos fortes das famílias, criando coesão e participação na resolução dos seus problemas. Ao se analisar, em conjunto com as famílias, as alternativas disponíveis e apropriadas, foi possível potenciar as expectativas destas e orientar as suas ações, concebendo um plano de ação com a família, com o objetivo de reforçar a saúde da mesma, trabalhando em parceria com a família e envolvendo-a no processo. Ao elogiar as competências e os pontos fortes das famílias no âmbito da saúde, forneceu-se uma visão mais positiva sobre eles mesmos, criando um contexto para a mudança, e promovendo a motivação para a descoberta das suas próprias soluções. Deste modo, e pelo que foi exposto acima, considero ter ido ao encontro da unidade de Competência Específica do EEESF **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357).

Em todas os contactos com as famílias estas foram encorajadas a partilhar a sua história, demonstrando disponibilidade para escutar a família, de forma a promover o processo de consciencialização com base na identificação de forças. Assim como foi sempre dado

feedback à família ao longo da consulta, de forma sistemática, dando ênfase aos pontos fortes de forma a aproveitar as oportunidades de crescimento e mudança, discutindo com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, incentivando ao feedback familiar. Após a formulação dos diagnósticos e intervenções foram sempre enaltecidos os pontos fortes e recursos, com posterior elogio. Foram exploradas estratégias para melhorar a dinâmica familiar, através das sugestões e das técnicas de intervenção familiar sugeridas (que serão abordadas de seguida) para promover o bem-estar familiar. Foi também documentado em sistema informático, tal como referido, o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente. Em todas as consultas foi analisada e compreendida a dinâmica familiar, de forma a facilitar a mudança, quando necessária. Pode assim comprovar-se o cumprimento da unidade de Competência Específica do EEESF **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

De forma a concretizar as intervenções aplicaram-se algumas técnicas de intervenção familiar como: a técnica do reenquadramento; a técnica de intervenção abordagens narrativas e orientadas para as soluções; e, a técnica de intervenção rituais terapêuticos (Vilar et al., 2022). Estas três técnicas foram aplicadas às três famílias, uma a cada família avaliada, na definição da *Satisfação Conjugal*. Todas as famílias apresentaram diagnóstico de Enfermagem de *Satisfação Conjugal Não Mantida*, com alteração na *relação dinâmica* na Família 1, e alterações na *relação dinâmica* e na *interação sexual* nas Famílias 2 e 3 (Figueiredo, 2012).

A técnica do reenquadramento foi utilizada no plano executado com a Família 1 que revelou não se encontrar satisfeita com a partilha de tarefas domésticas. Esta tem como objetivo focar-se nas causas positivas do problema, valorizando-se não o sintoma, mas a sua relação com os outros comportamentos, para os quais este funciona como solução. Esta técnica permite interromper os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade no sistema familiar e retirando-o da sua monotonia, modificando a perceção cognitiva do sintoma, apresentando algo diferente à família (Vilar et al., 2022).

Quanto à técnica de intervenção abordagens narrativas e orientadas para as soluções, esta foi aplicada à Família 2, que referiu não estar satisfeita com a interação sexual que mantêm atualmente. Foi realizado um plano com a família para que se centrassem no presente e no futuro, pautando-se pelos momentos de exceção (alturas em que o problema

não existe ou existe em menor intensidade), vendo a situação de forma diferente. Ou seja, foi realizada com a família uma externalização do problema, tentando que se centrassem em acontecimentos que contradizem a narrativa dominante, procurando situações em que foi possível vencer o problema ou em que o mesmo não dominou a vida da família. Deste modo, foi possível atribuir significados distintos ao problema através de questões orientadas para o futuro, como por exemplo: “Imaginem que daqui a dois anos estamos a conversar sobre a forma como resolveram este problema. O que me diriam acerca do que fizeram?”. Também foram usadas questões de exceção, como exemplo: “O que fazem quando se sentem satisfeitos com a forma como expressam a vossa intimidade e interação sexual? O que é diferente dos dias em que estão insatisfeitos?” (*Ibidem*).

Em relação à técnica de intervenção rituais terapêuticos, esta foi usada como recurso de intervenção à Família 3, que mencionou não estar satisfeita com o tempo que passam juntos. Os rituais familiares devem funcionar como uma componente da vida familiar, de forma a formar uma identidade familiar. São atos simbólicos que se desenvolvem em conjunto, o que proporciona um sentimento de pertença ao grupo, e que incluem aspetos do desenvolvimento do ritual, mas também da preparação do mesmo, ou seja, um ato programado que pode vir a tornar-se uma rotina. Os rituais familiares promovem a proximidade e são um conjunto de ações a realizar com uma sequência regular, aceites pela família, em que todos os elementos estão incluídos e são especificados em termos de lugar, hora, ritmo de repetição e sequência. Foi estabelecido com a família o comprometimento em relação ao que estariam dispostos a realizar em conjunto, definindo a atividade e o planeamento da mesma, tendo em conta as experiências anteriores em que passavam mais tempo juntos (*Ibidem*).

Usando como exemplo a Família 3, para os diagnósticos referidos acima foram realizadas à mesma as seguintes intervenções: Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas; Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas; Promover a comunicação expressiva das emoções, fortalecendo a ligação afetiva, fomentando hábitos de dialogar sobre sentimentos; Promover a comunicação do casal, com recurso a questões estratégicas de confrontação com a realidade ou questões reflexivas que simplifiquem as situações; Ensinar sobre sexualidade; Planear rituais familiares, com carácter repetitivo; Motivar para atividades em conjunto, fortalecendo a ligação do casal (Figueiredo, 2012; Vilar et al., 2022).

No que toca à *Adaptação à Gravidez*, esta causa uma necessidade de adaptação às mudanças físicas e o casal terá de se ajustar ao desafio de redefinir os seus papéis na estrutura familiar. Na família 2 identificou-se o diagnóstico *Adaptação à Gravidez Não Adequada por Conhecimento Não Demonstrado*, sendo que foram realizadas as seguintes intervenções: Informar o casal sobre a vigilância de saúde do recém-nascido e sobre o enxoval da mãe e do bebé; Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes e alimentação do recém-nascido (*Ibidem*).

Em relação ao *Papel Parental*, as dimensões associadas aos fatores de tensão do papel: consenso, conflito e saturação, tendo sido identificado na Família 3 o diagnóstico de *Papel Parental Não Adequado por: Conflito do Papel Sim e Saturação do Papel Sim*. Deste modo, foram realizadas as seguintes intervenções: Promover a comunicação expressiva de emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel; Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada; Avaliar a saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de *coping* para o papel (*Ibidem*).

No que respeita ao *Processo Familiar*, que enfatiza as interações entre os membros das famílias, usando como exemplo a Família 1, esta apresenta como diagnósticos *Processo Familiar Disfuncional por: Comunicação Familiar Não Eficaz; Interação de Papéis Familiares Não Eficaz; e, Relação Dinâmica Disfuncional*. À mesma foram realizadas as seguintes intervenções: Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família, com a partilha de tarefas e atividades que promovam a união familiar; Otimizar a comunicação na família; Planear rituais na família, fortalecendo as ligações afetivas e contribuindo para a coesão familiar, como jogos em família, caminhadas, assistir filmes de interesse comum, entre outras; Otimizar padrão de assertividade; Colaborar na identificação dos papéis familiares; Avaliar a saturação do papel; Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família; Promover estratégias de *coping* para o papel; Promover o suporte da família; e, Otimizar o padrão de ligação (*Ibidem*).

A mestranda integrou a evidência clínica, através dos instrumentos de avaliação familiar e da aplicação do MDAIF (Figueiredo, 2012), no planeamento dos cuidados de ESF. No final das consultas era sempre promovido um momento de avaliação da satisfação da relação enfermeira/família e dos cuidados prestados, conseguindo que as famílias dessem

a sua opinião acerca da importância das intervenções realizadas. Assim, é evidente o cumprimento da unidade de Competência Específica do EEESF **“Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

Foi sempre criado em todas as abordagens familiares um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis. Foi realizado, em colaboração com a família, o desenvolvimento de um plano de cuidados a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. A utilização do MDAIF (Figueiredo, 2012) favoreceu a utilização de um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente, quer da família quer dos focos de intervenções de ESF. Procurou-se que todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio fossem assentes em pilares de evidência científica, de forma a demonstrar aptidão para capacitar a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. Pelo referido anteriormente, cumpriu-se a unidade de Competência Específica do EEESF **“Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19357).

Na avaliação e intervenção realizada a estas famílias que se encontram a vivenciar a transição para a parentalidade, promoveu-se e criou-se contextos facilitadores da conjugalidade e parentalidade no acompanhamento dos casais, cativando os mesmos para a consulta, envolvendo ambos os cônjuges nas intervenções educativas realizadas, trabalhando com direccionalidade e abrangência. Foram identificados problemas, fazendo emergir soluções na relação de parceria e procurando a mudança para padrões associados à parentalidade e conjugalidade, que demonstrem compromisso e melhoria do bem-estar percecionado.

2.3 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Após descrição e análise do trabalho desenvolvido com as famílias, considera-se crucial a formulação de indicadores de saúde que explanem os resultados das intervenções. Isto porque apenas esses indicadores fornecem informações concisas e com exatidão científica, permitindo uma avaliação adequada. A construção de indicadores de saúde deve obedecer a documentos de referência e à missão dos órgãos reguladores das profissões. Assim, para se avaliar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, deve considerar-se os padrões de qualidade. Estes são emanados pela OE, e são

direcionados para a melhoria contínua da qualidade, englobando os diferentes aspetos do mandato social da profissão.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, elaborados pelo Mesa do Colégio da Especialidade de EC, conferem aos enfermeiros desta área de especialidade um referencial para a sua prática profissional, permitindo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Têm como categorias de enunciados descritivos as mesmas dos enfermeiros de cuidados gerais, no entanto, os seus conceitos e finalidades direcionam-se para as necessidades das famílias enquanto unidade de cuidados. São exemplos: A satisfação do cliente; A promoção da saúde; A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A readaptação funcional; A organização dos cuidados de enfermagem (Reg. n.º 367/2015 de 29 de junho).

Por conseguinte a OE cria o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) que define, sob o ponto de vista clínico, um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que englobam indicadores capazes de traduzir o contributo dos enfermeiros para os ganhos de saúde da população (OE, 2007). Os indicadores de saúde são caracterizados como: de estrutura, relacionados com a filosofia, objetivos e recursos institucionais; de processo, direcionados para a assistência aos clientes, com a aplicação de padrões profissionais; e, os de resultado, que refletem as mudanças desejáveis ou não decorrentes da assistência prestada e a sua implicação nos ganhos em saúde evidenciados pelos clientes (Silva, 2013). Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem revelam evoluções positivas ou modificações nos diagnósticos de enfermagem, após a intervenção dos enfermeiros. Deste modo, desenvolveram-se indicadores com base no RMDE, estruturados a partir da Matriz Operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012), evidenciando os diagnósticos e subconjuntos diagnósticos que necessitavam de implementação de intervenções de enfermagem, dando resposta às necessidades identificadas em cada família avaliada.

Das 80 famílias da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante avaliadas, calcularam-se os indicadores epidemiológicos (taxas de avaliação e de prevalência) e de resultado (modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem). A taxa de avaliação consiste na relação entre o n.º de casos de um diagnóstico de enfermagem e o total de casos num determinado período (OE, 2007). De seguida, apresenta-se os Indicadores de Avaliação formulados e as respetivas Taxas de Avaliação de cada área de

atenção da dimensão Estrutural (tabela 1), da dimensão Desenvolvimento (tabela 2) e da dimensão Funcional (tabela 3) do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 1 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Estrutural por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Estrutural por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Tipo de Família}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{675}{675} \times 100$	100
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Rendimento Familiar}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{80}{675} \times 100$	11,9
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Edifício Residencial}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{80}{675} \times 100$	11,9
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Prevenção de Segurança}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{80}{675} \times 100$	11,9
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Abastecimento de Água}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{80}{675} \times 100$	11,9

Tabela 2 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Estadio do Ciclo Vital Familiar}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	$\frac{304}{675} \times 100$	45
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Satisfação Conjugal}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal}} \times 100$	$\frac{52}{304} \times 100$	17,1
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Planejamento Familiar}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil}} \times 100$	$\frac{22}{390} \times 100$	5,6
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Adaptação à Gravidez}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias com subsistema conjugal e gravidez}} \times 100$	$\frac{3}{3} \times 100$	100
$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Papel Parental}}{\text{n.}^\circ \text{ total de famílias com subsistema parental}} \times 100$	$\frac{30}{312} \times 100$	9,6

Tabela 3 - Taxas de avaliação familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de avaliação na dimensão Funcional por área de atenção	Indicador de avaliação	Taxa de avaliação (%)
--	------------------------	-----------------------

$\frac{\text{n.º de famílias avaliadas em Papel de Prestador de Cuidados}}{\text{n.º total de famílias com membro dependente}} \times 100$	$\frac{4}{34} \times 100$	11,8
$\frac{\text{n.º de famílias avaliadas em Processo Familiar}}{\text{n.º total de famílias}} \times 100$	$\frac{72}{675} \times 100$	10,7

A taxa de prevalência é calculada pela relação entre o n.º total de casos de um diagnóstico de enfermagem durante um período de tempo e a população nesse período (OE, 2007). De seguida são apresentados os Indicadores de Prevalência e as Taxas de Prevalência de cada área de atenção da dimensão Desenvolvimento (tabela 4) e da dimensão Funcional (tabela 5) da Matriz Operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tabela 4 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de prevalência	Taxa de prevalência (%)
$\frac{\text{n.º de famílias com Satisfação Conjugal não mantida}}{\text{n.º total de famílias com subsistema conjugal avaliadas}} \times 100$	$\frac{15}{52} \times 100$	28,8
$\frac{\text{n.º de famílias com Planeamento Familiar não eficaz}}{\text{n.º total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas}} \times 100$	$\frac{1}{22} \times 100$	4,5
$\frac{\text{n.º de famílias com Adaptação à Gravidez não adequada}}{\text{n.º total de famílias com subsistema conjugal e gravidez avaliadas}} \times 100$	$\frac{2}{3} \times 100$	66,7
$\frac{\text{n.º de famílias com Papel Parental não adequado}}{\text{n.º total de famílias com subsistema parental avaliadas}} \times 100$	$\frac{2}{30} \times 100$	6,7

Tabela 5 - Taxas de prevalência familiar na dimensão Funcional por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de prevalência na dimensão Funcional por área de atenção	Indicador de prevalência	Taxa de prevalência (%)
$\frac{\text{n.º de famílias com Papel de Prestador de Cuidados não adequado}}{\text{n.º total de famílias com membro dependente avaliadas}} \times 100$	$\frac{1}{4} \times 100$	25
$\frac{\text{n.º de famílias com Processo Familiar disfuncional}}{\text{n.º total de famílias}} \times 100$	$\frac{6}{675} \times 100$	0,9

Os diagnósticos e as intervenções elencadas neste capítulo traduzem-se em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo obter indicadores de resultado, com modificações positivas no estado dos diagnósticos, desenvolvendo competências na área

de ESF. Estes indicadores calculam-se com a relação entre o n.º total de casos que modificaram positivamente o diagnóstico de enfermagem e o n.º desses mesmos diagnósticos num certo período de tempo (OE, 2007). De seguida apresentam-se os Indicadores de Resultado que se traduzem em Ganhos em Saúde na dimensão Desenvolvimento (tabela 6), e da dimensão Funcional (tabela 7) do MDAIF (Figueiredo, 2012). É de salientar que na dimensão Funcional, nem todos os diagnósticos alteraram o juízo, mesmo após a realização das intervenções, não tendo sido, por isso, contabilizados para o cálculo dos ganhos em saúde.

Tabela 6 - Indicadores de resultado (Ganhos em Saúde) na dimensão Desenvolvimento por área de atenção segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Desenvolvimento por área de atenção	Indicador de resultado	Ganhos em Saúde (%)
$\frac{\text{n.º de famílias com diagnóstico modificado em Satisfação Conjugal}}{\text{n.º total de famílias com Satisfação Conjugal não mantida}} \times 100$	$\frac{5}{15} \times 100$	33,3
$\frac{\text{n.º de famílias com diagnóstico modificado em Planeamento Familiar}}{\text{n.º total de famílias com Planeamento Familiar não eficaz}} \times 100$	$\frac{1}{1} \times 100$	100
$\frac{\text{n.º de famílias com diagnóstico modificado em Adaptação À Gravidez}}{\text{n.º total de famílias com Adaptação À Gravidez não adequada}} \times 100$	$\frac{2}{2} \times 100$	100
$\frac{\text{n.º de famílias com diagnóstico modificado em Papel Parental}}{\text{n.º total de famílias com Papel Parental não adequado}} \times 100$	$\frac{1}{2} \times 100$	50

Tabela 7 - Indicador de resultado (Ganho em Saúde) na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar segundo a Matriz Operativa do MDAIF

Indicador de resultado na dimensão Funcional na área de atenção Processo Familiar	Indicador de resultado	Ganho em Saúde (%)
$\frac{\text{n.º de famílias com diagnóstico modificado em Processo Familiar}}{\text{n.º total de famílias com Processo Familiar disfuncional}} \times 100$	$\frac{3}{6} \times 100$	50

Deste modo, através da criação de indicadores, fica evidenciado mais claramente as reais avaliações e intervenções realizadas às famílias e que conseqüentemente proporcionaram ganhos em saúde. Também pode considerar-se como melhoria o aumento da proximidade e da relação criada entre as famílias e a mestrandia, que causa mudança de comportamentos atuais, mas também no futuro, pois as famílias passarão a considerar de

uma forma distinta o EEESF quando se depararem com alguma necessidade de saúde. Verificou-se que as famílias adquiriram uma visão do trabalho do EE nesta área diferente da que possuíam.

De salientar que dado o horizonte temporal da Prática Clínica e Estágio foi difícil reunir com todas as famílias mais do que uma vez, podendo efetivamente nos futuros contactos constatar mais ganhos efetivos em saúde, verificando a alteração ou não de status de diagnósticos e as áreas onde se mantém (ou não) necessidade de intervenção. No entanto, considera-se como melhorias todas as famílias avaliadas ficarem caracterizadas a vários níveis, bem como com diagnósticos identificados, pois nos futuros contactos com essas mesmas famílias a prática da EEESF será facilitada, uma vez que, conseguirá atuar mais rapidamente nas necessidades, pois essas já estarão previamente identificadas.

Em síntese, considera-se neste subponto ter cumprido os objetivos referentes a componente estágio, pois realizou-se avaliação às famílias enquanto unidade de cuidados que se encontram a vivenciar transições, tendo concebido cuidados especializados às mesmas, através da anamnese realizada segundo o MDAIF (Figueiredo, 2012) e, com a aplicação de instrumentos de avaliação familiar. De seguida a realização de um planeamento com a família, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma no âmbito da promoção, da vigilância de saúde e prevenção da doença. Posteriormente a prescrição de intervenções adequadas aos diagnósticos, direcionadas à família enquanto cliente, de acordo com as necessidades encontradas, prestando cuidados de saúde personalizados, segundo as competências do EE em EC na área de ESF.

2.4 - OUTRAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Os registos realizados nas plataformas informáticas, além de serem instrumentos legais para verificação das intervenções realizadas, são também eles que proporcionam a visibilidade dos cuidados de enfermagem realizados. No entanto, o sistema de informação SClinico não se encontra uniformizado, existindo diferenças de parametrização entre unidades de saúde do mesmo ACeS, não sendo assim possível demonstrar as intervenções realizadas pelos enfermeiros. Durante o período de estágio a mestranda avaliou a qualidade das práticas clínicas integrando uma auditoria ao Programa Saúde da Família do sistema de informação SClinico, que é baseado na matriz do MDAIF (Figueiredo, 2012). Esta auditoria foi encaminhada à Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde

Familiar (SPESF), à qual a Enfermeira Orientadora Cooperante pertence. Tem o objetivo de detetar o que já é possível registar bem como o contrário, de modo a uniformizar os referidos registos nos vários ACeS. Desta forma, cumpriu-se a Competência Comum do EE no domínio da **“Melhoria contínua da qualidade”** pois reconheceu-se que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e em função dos seus resultados, a sua eventual revisão. Esta atividade, que se considera ser uma estratégia de melhoria, inclui-se na área da qualidade, tendo colaborado com outras instituições, nomeadamente com a SPESF (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4747). Ao participar no desenvolvimento e avaliação de programas de saúde relativamente à saúde familiar, utilizando sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, cumpre-se também a Competência Específica do EEESF **“Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF”** (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19358).

De modo a aprofundar e enriquecer os conhecimentos das Enfermeiras de Família das unidades de saúde, melhorando assim a sua prática ao identificar diagnósticos na área de ESF, foi dinamizado um Projeto de Melhoria Contínua (PMC) intitulado *“Melhores Práticas nas Famílias em Transição para a Parentalidade no Contexto Domiciliário”*, uma vez que é preconizado pela OMS a realização de pelo menos uma visita domiciliária nos primeiros quinze dias de vida do recém-nascido. Este PMC foi iniciado na UC *“Gestão de Pessoas, Cuidados e Qualidade”* no segundo semestre do primeiro ano do Curso de Mestrado, revelando-se uma mais-valia, tendo a intencionalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias em transição para a parentalidade, obtendo ganhos em saúde. Este PMC foi apresentado em seis USF, nomeadamente no contexto de estágio e noutras USF do ACeS BM, sendo que os certificados de apresentação podem ser consultados no Anexo I. A divulgação deste projeto promoveu a sugestão de criação de indicadores na área de ESF, aumentando o conhecimento na área e indicando as intervenções, baseadas no MDAIF (Figueiredo, 2012), passíveis de serem realizadas a estas famílias

Atendendo ao exposto, considera-se desenvolvida a unidade de Competência Específica do EEESF **“Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”**, pois foi promovida uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação, dando visibilidade ao conhecimento sobre ESF. Foram assim utilizadas

as tecnologias de informação e comunicação disponíveis para promover e melhorar os resultados de saúde familiar (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho, p. 19359).

Simultaneamente esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de Competências Comuns do EE em dois domínios, nomeadamente o domínio da “**Melhoria contínua da qualidade**”, que foi cumprido pois desenvolveram-se práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua, fomentando a sua implementação nas várias unidades onde o PMC foi apresentado, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e a implementação de PMC. Através da construção, mas especialmente através da divulgação do PMC, garantiu-se ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, tendo colaborado na conceção de um projeto na área da qualidade e participado na sua disseminação (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4747).

Quanto ao domínio do “**Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**”, este foi atingido pois a mestranda foi facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formadora. Foram incorporados e dinamizados novos conhecimentos, favorecendo a aprendizagem e as competências dos enfermeiros, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Deste modo, contribuiu-se para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática especializada, usando as tecnologias de informação adequadas, através da implementação de processos de formação e desenvolvimento da prática clínica (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4749).

Para que na unidade de saúde onde foi realizado o estágio toda a equipa multiprofissional (enfermeiras, médicos e assistentes técnicos) tivesse conhecimento acerca do projeto de investigação que a mestranda se propôs realizar, apresentou-se o mesmo em contexto de reunião de serviço. Todos se mostraram interessados em colaborar no que fosse necessário, bem como foram esclarecidas dúvidas acerca do mesmo. Considera-se que foi uma atividade que promoveu, ainda mais, a integração na equipa, tendo todos percebido e aceite a componente de investigação do estágio, bem como considerando o mesmo muito pertinente para a área de ESF. Assim, cumpriu-se a Competência Comum do EE no domínio do “**Desenvolvimentos das aprendizagens profissionais**”, pois atuou como formadora e dinamizadora de novo conhecimento no contexto da prática clínica, visando ganhos em saúde através da realização do projeto de investigação (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4749).

Para o estudo de investigação que será abordado no próximo capítulo, suportou-se a prática clínica em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se a mestranda como facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Como investigadora irão ser interpretados, organizados e divulgados resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, contribuindo para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, usando as tecnologias e métodos de pesquisa adequados. Assim, cumpriu-se a Competência Comum do EE no domínio do **“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4749).

Na reta final do estágio a mestranda apresentou uma comunicação oral, nomeadamente o projeto de estudo de investigação (desenvolvido no estágio): *“A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade”*, no Painel: *Prática baseada na evidência em torno da família como unidade de cuidados*, no âmbito do Seminário “Família como Unidade de Cuidados. Transições ao longo da vida” organizado pela Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Pública, Familiar e Comunitária da ESEnfC em formato misto. O mesmo foi aberto a Enfermeiros de CSP, docentes e estudantes da ESEnfC, sendo que contou com a participação da Mesa do Colégio de EC, da SPESF e da *International Family Nursing Association*. Os certificados de apresentação e de participação no seminário podem ser confrontados no Anexo II e III, respetivamente. O seminário proporcionou a partilha de perspetivas nacionais e internacionais sobre a ESF, bem como a partilha e divulgação de projetos de investigação na área referida. A mestranda atuou como formadora, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, dinamizando conhecimento novo, tendo sido discutidas as implicações da investigação, cumprindo a Competência Comum do EE no domínio do **“Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4749).

O contexto de estágio é uma oportunidade única de enriquecimento pessoal e profissional, pois contactando com novas realidades dá-se a possibilidade de aquisição de novas competências, existindo desenvolvimento profissional. Concluindo, em relação às duas Competências Específicas do EEESF, pelo que foi enunciado anteriormente neste capítulo, foram desenvolvidas as oito unidades de competência da primeira competência

específica, bem como as duas unidades de competência da segunda competência específica do referido profissional de saúde (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho). Quanto às Competências Comuns do EE, pelo que foi referido ao longo deste capítulo considera-se ter atingido os quatro domínios de competências referidos (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Destaca-se ainda que o processo de cuidados em colaboração foi facilitado pelas competências comunicacionais e pela visão holística e sistémica das famílias, que favoreceu a aproximação das famílias aos cuidados de saúde. A reflexão sobre e com a família exigiu empenho e destreza, mas foi o cuidar de forma sistémica e interacional que promoveu a aquisição de forma consistente e com qualidade das unidades de competência das Competências Específicas do EEESF, bem como das Competências Comuns do EE.

Com o exposto neste capítulo, considera-se importante analisar criticamente alguns fatores (que serão enunciados de seguida) que podem dificultar o cuidar da família segundo as competências referidas. Um dos fatores prende-se com o facto do tempo atribuído para cada consulta de vigilância de saúde de enfermagem, que se traduz num tempo reduzido para todas as avaliações e intervenções que poderiam e deveriam ser realizadas. Juntamente com este facto, o n.º de famílias por enfermeiro de família ser superior ao indicado pela OE (como foi referido anteriormente), o que causa consequências nas respostas de saúde proporcionadas. Considera-se que este fator seria ultrapassado atribuindo mais tempo a cada consulta de enfermagem, bem como cumprindo as indicações quanto ao n.º de famílias atribuídas por enfermeiro de família.

No decorrer da Prática Clínica e Estágio, com todos os registos efetuados como foi referido neste capítulo, existem muitos dados e instrumentos de avaliação no sistema de informação SClínico que estão presentes no Programa de Saúde da Família, mas que não se copiam automaticamente para o processo do utente, levando assim a uma duplicação de registos, quer no processo familiar, quer no processo individual do utente. Este facto poderia ser resolvido facilmente através de atualizações ou alterações no *software* do sistema de informação. Estes constrangimentos são dificultadores e potenciam uma prática de ESF incompleta, pois muitos profissionais, e relacionando com o fator anterior, optam por apenas realizar registos no processo individual do utente alegando o tempo reduzido que possuem, existindo assim muito pouca visibilidade dos cuidados de ESF realizados. Também se verifica a impossibilidade de registo de alguns instrumentos e escalas de avaliação familiar no sistema de informação SClínico, como é o caso do

genograma, ecomapa, Escala FACES II e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Figueiredo, 2012), o que impede de demonstrar o trabalho executado com as famílias, impedindo a promoção da intervenção do EEESF.

Considera-se essencial dar-se a mudança de perspectiva no foco dos cuidados de enfermagem nos CSP, alterando a visão do indivíduo inserido numa família, para a família como unidade de cuidados. A mesma deve ser abordada de forma sistémica, analisando a dinâmica entre os vários subsistemas. Conclui-se, refletindo, que a motivação pessoal, os conhecimentos e o treino possibilitaram novas formas de cuidar de famílias. No contexto de prática clínica e de estágio, a mestranda aumentou o conhecimento e prática de cuidados especializados às famílias, verificando a importância da visão sistémica e contextualizada de cada família. Demonstrou sensibilidade e conhecimento acerca da forma como cada família afeta e é afetada pelo estado dos seus membros e pelo seu contexto, concebendo uma prática colaborativa com as famílias com objetivos adequados às suas forças e recursos. Assim, com a realização de uma reflexão contínua acerca da prática, é mais fácil identificar as áreas prioritárias para investir, de forma a melhorar continuamente o exercício profissional. Considera-se que o desenvolvimento deste estágio permitiu o alcance das competências enunciadas, pois foi possível estabelecer relações interpessoais, avaliar e intervir em famílias, trabalhar em equipa multidisciplinar, adquirindo capacidade de resolução de problemas.

O contexto de estágio foi essencial para a transposição de conhecimentos teóricos para a prática e reforçaram, enquanto estudante de mestrado, a importância da família ser integrada no processo de cuidar, tornando-se aliada dos profissionais, evidenciando o impacto do *empowerment* no fortalecimento da família para o desempenho das suas tarefas e, também no aumento da confiança e da satisfação dos profissionais de saúde, experienciando a eficácia e significância da sua prática.

CAPÍTULO II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A segunda parte do presente relatório de estágio integra a componente de investigação. Este capítulo é composto: pela justificação e enquadramento do problema; pelos procedimentos metodológicos cumpridos para a realização do estudo; e, por fim, pela apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação acerca da Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade.

1 - JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Neste ponto será realizada a justificação bem como o enquadramento teórico do problema, sendo este o ponto de partida para o estudo de investigação. Neste primeiro ponto pretende-se realizar uma base teórica e concetual de sustentação ao restante trabalho, de modo a alcançar os objetivos propostos para a sua realização. Para conseguir a efetivação deste enquadramento teórico foi necessária uma criteriosa seleção bibliográfica, que incidiu sobre os documentos que pareceram mais pertinentes no âmbito da temática que se pretende estudar.

A escolha da temática da Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade surgiu do contexto clínico do estágio, nomeadamente da lista de utentes da Enfermeira Orientadora Cooperante. Aquando da avaliação e intervenção em famílias em transição para a parentalidade, detetou-se necessidades ao nível da conjugalidade, nomeadamente ao nível da satisfação conjugal, em todas as famílias avaliadas, tendo surgido diagnósticos de enfermagem com necessidade de intervenção nessas mesmas famílias. Assim, foram as atividades clínicas que proporcionaram o desenvolvimento das atividades de investigação, tal como foi referido no Capítulo I. Esta temática também suscitou interesse devido às diferentes configurações familiares atuais, distintas da família tradicional e alargada, e às grandes mudanças nos papéis dos membros familiares. Os casais encontram-se desafios no assumir da responsabilidade de cuidar dos filhos quando os recursos financeiros e familiares são escassos, e os contextos laborais são mais exigentes. Conhecer como as famílias vivenciam a sua conjugalidade numa fase de maior exigência física, emocional, e de alteração de papéis familiares, bem como quais os recursos que as auxiliam ou não neste processo, é um tema de interesse pessoal da mestranda, parecendo pertinente valorizar o trabalho e a diferença que o EEESF poderá causar nas famílias em

transição para a parentalidade. Considera-se também um tema de interesse pois existe uma escassez de estudos na área de enfermagem acerca do mesmo, existindo assim um défice de evidência científica que fundamente as práticas de ESF.

O enquadramento teórico apresenta a conceitualização/definição de um tema ou de um domínio de investigação. Assim, de seguida, apresentam-se os subpontos que compõem o enquadramento do presente estudo de investigação, que não são mais do que os conceitos centrais do mesmo. Esses conceitos são as palavras-chave eleitas para a investigação, sendo todas Descritores em Ciências da Saúde.

1.1 - FAMÍLIA

O conceito de família tem vindo a evoluir nos últimos tempos. A conceção clássica e estática dos modelos familiares cedeu espaço a uma perspetiva sistémica, acompanhando as alterações dinâmicas da sociedade contemporânea (Dias, 2011). A família é também considerada um sistema “aberto” porque influencia e é influenciada pelo exterior, isto é, pelo contexto e pelas interações decorrentes do mesmo. O sistema familiar possui duas características fundamentais e funcionais: a procura de homeostasia, que se traduz pela tentativa de o sistema equilibrar o seu meio interno relativamente ao meio externo, e a capacidade de transformação, no qual o sistema consegue-se adaptar e modificar face aos diferentes desafios ao longo do tempo (Leal, 2005).

De acordo com a Teoria Estrutural da Família desenvolvida por Salvador Minuchin (1982), o conceito de configuração familiar é definido pelos membros que fazem parte do núcleo familiar. Tendo em conta a multiplicidade de conceções de “famílias” é possível verificar que existem vários tipos de configuração familiar, como as famílias nucleares ou as famílias reconstruídas.

O ciclo vital da família representa o conjunto de etapas associadas à transformação e desenvolvimento dos membros do núcleo familiar durante a prossecução das tarefas próprias de cada etapa. O ciclo de vida da família caracteriza-se por ter duas funções e duas tarefas primordiais. Relativamente às duas funções, estas dividem-se na função interna e externa. A função interna refere-se à promoção do desenvolvimento e da segurança dos membros do agregado familiar e a função externa relaciona-se com a socialização e transmissão de conhecimentos e valores culturais. No que concerne às duas tarefas, estas envolvem a criação do sentimento de pertença à família e a promoção do processo de autonomização e individualização dos membros familiares. Estas funções e

tarefas exigem a elaboração de objetivos inerentes a cada etapa, desencadeando a evolução desenvolvimental da família (Relvas, 2006). A família influencia a saúde dos seus membros, pelo que deve considerar-se o cuidado centrado na família, como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2013).

O nascimento de um filho modifica os equilíbrios anteriores e esta mudança requer um período de reajustamento, em que o bebé ocupa o seu espaço na família e as relações entre os diferentes elementos da família, são redefinidas (Canavarro & Pedrosa, 2005). Ser pai e ser mãe é largamente considerado como uma mudança positiva na vida de um casal (Cowan & Cowan, 2000) e tem um significado importante, também, na sociedade, porque leva ao cumprimento de expectativas, representações e exigências sociais e culturais sobre a família (Relvas & Lourenço, 2001).

1.2 - PARENTALIDADE

A transição para a parentalidade corresponde ao momento em que a mulher e o homem se tornam pais pela primeira vez (Canavarro, 2001). O nascimento de um filho, particularmente se se tratar do primeiro, implica grandes transformações e mudanças, tendo um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos (Canavarro & Pedrosa, 2005). Segundo Mercer como referido por Vieira, Martins, Macedo e Guerra (2008), a transição para a parentalidade começa durante o período pré-natal, mas o sentido efetivo de se tornar mãe e pai ocorre durante os primeiros doze meses após o nascimento do bebé. É com o nascimento do filho que se vai iniciar o ajustamento do sistema conjugal ao parental (Relvas, 2006). A parentalidade consiste no comportamento dos pais com base nos melhores interesses da criança e que assegura uma relação nutridora, fortalecedora, não violenta, proporcionando o reconhecimento e orientação que envolvem o estabelecimento de limites para possibilitar o pleno desenvolvimento da criança (Reticena et al., 2019). O carácter irreversível faz com que a parentalidade seja descrita como uma das transições mais marcantes do ciclo vital, impulsionando grandes mudanças e reestruturações pessoais e familiares (Frade, Pinto & Carneiro, 2013; Ohashi & Asano, 2012).

Com o nascimento do primeiro filho, começa uma nova fase do ciclo vital da família. Este novo membro representa um enriquecimento a nível individual e familiar, mas traz consigo um elevado grau de responsabilidade, o que provoca nos pais alguma ansiedade e incerteza, acompanhada por um grande cansaço (Relvas, 2006). Assim, homem e

mulher desenvolvem novos papéis enquanto pai e mãe e vêm-se desafiados a exercer esses papéis, sem negligenciar a relação conjugal e, conseqüentemente, a sua sexualidade (Relvas & Lourenço, 2001). Nesta fase de transição poderá haver um maior afastamento emocional, aumento dos conflitos, diminuição da satisfação conjugal e sexualidade, e menor disponibilidade para realizar atividades em casal (Canavarro, 2001; Figueiredo, 2005).

Evidências têm demonstrado que para a preservação da conjugalidade há que clarificar e ajustar expectativas, partilhar emoções e encontrar um reequilíbrio na relação, definindo limites e papéis, tendo em vista a evolução da família que irá continuamente acontecer, procurando soluções e recursos para cada momento (Biehle & Mickelson, 2012; Chong & Mickelson, 2016; Wright & Leahey, 2013). Apesar da corrosão do tempo poder ser indutora de uma diminuição na satisfação conjugal, nem todos os casais se sentem menos satisfeitos conjugalmente durante a transição para a parentalidade (Ferreira, 2008). Alguns fatores são considerados como facilitadores da transição para a parentalidade, como o conhecimento do casal sobre as etapas anteriores, a partilha e cumplicidade entre o casal, e a relação com a família origem (Rebelo, 2018). O apoio da família nesta fase da vida ajuda o casal nos cuidados com o filho, no esclarecimento de dúvidas, na troca de experiências, bem como no reforçar dos laços já existentes (Afonso, 2000; Kitzinger, 1996).

1.3 - TRANSIÇÃO

Ao longo da vida adulta um indivíduo é confrontado com um conjunto de mudanças que constituem transições essenciais no seu percurso de vida. A transição para a parentalidade tem um carácter muito significativo, uma vez que, responde a uma expectativa social, pois permite dar continuidade a uma família (Canavarro, Dias & Lima, 2006; Relvas, 2006). A transição para a parentalidade pode ser considerada uma transição de desenvolvimento, porque compreende um período de transição da vida, envolvendo o ciclo vital, e/ou do tipo situacional, pois implica redefinição de papéis no seio familiar. Decorre num período variável e implica envolvimento e passagem de um estado para outro. Relativamente ao padrão, esta transição classifica-se como múltipla, pois os cônjuges, anteriormente apenas casal, transformam-se em pais progenitores de uma família, e necessitam de reformular várias esferas da vida privada, familiar e muitas vezes social. A experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que

redefine significados, alterando, naturalmente, a definição de si mesmo no contexto social (Meleis, 2010).

O enfermeiro é o principal cuidador do cliente/família em transição, não havendo ninguém tão preparado para responder às necessidades e mudanças que a mesma acarreta (*Idem*). As respostas humanas às transições constituem-se foco de atenção da enfermagem, assumindo-se como objetivo em enfermagem de família a capacitação da família para desenvolver competências que permitam adaptar-se aos constantes processos de mudança (Figueiredo, 2009; Meleis, & Dean, 2012). Para além de interagir com os amigos e família, sentir-se ligado aos profissionais de saúde, com os quais se pode esclarecer dúvidas e fazer questões, também constitui um indicador importante para a transição. Assim, a criação de uma relação próxima, harmoniosa e de confiança entre os pais e os enfermeiros, baseada na parceria, partilha de experiências e de informação, é determinante para o sucesso da transição (Christian, 2010; Godshall, 2003).

O processo da reformulação da identidade, pela incorporação do novo papel enquanto pais, termina quando predominam sensações de competência e confiança (Canaval et al., 2007; Galdiolo & Roskam, 2012; Meleis, 2012). Além disso, a resolução da crise desenvolvimental da transição para a parentalidade culmina numa maturação psicológica e relacional do casal, concedendo um maior sentido de união e coesão ao casal (Relvas, 2006), o que sugere que a relação conjugal tem, efetivamente, um papel fundamental na adaptação e resolução desta crise (Meireles & Costa, 2015).

1.4 - RELACIONAMENTO CONJUGAL

A conjugalidade representa um construto bastante abrangente e complexo, onde inclui diversas variáveis fundamentais no estudo da vida conjugal. Uma das variáveis da conjugalidade trata-se da satisfação conjugal, que está associada à qualidade subjetiva que os membros de um casal atribuem ao seu relacionamento amoroso (Afonso, 2018). A satisfação conjugal é um fator importante na vida e no bem-estar de um casal. Engloba as diferenças entre as expectativas que cada pessoa possui no relacionamento, e a realidade que cada um vivencia (Feijão & Morais, 2018).

A satisfação conjugal relaciona-se com a estabilidade da relação, com estratégias para gerir diferenças, com a qualidade das interações quotidianas e respeito, com admiração e gratidão pelo cônjuge, favorecendo a aceitação, a valorização e a confiança, com sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição, segurança,

compreensão e equidade (Chaskelmann, 2020; Sardinha, 2009). É um fenómeno que recebe influência de diversas variáveis: as características de personalidade e saúde mental; atitudes e necessidades; valores; desenvolvimento da intimidade e sexo; tempo de casamento; manutenção de uma boa comunicação; capacidade para lidar com os conflitos; consulta do parceiro na tomada de decisões; momento do ciclo vital do casal e da família; presença ou não de filhos e concordância ao nível da educação; experiência sexual anterior ao casamento; as experiências relacionais observadas no seio de cada família de origem e a construção do próprio relacionamento; nível de escolaridade; nível socioeconómico; e, nível cultural (Feijão & Morais, 2018; Scorsolini-Comin & Santos, 2010; Perlin & Diniz, 2005).

A qualidade da relação conjugal diminui nos períodos pré-natal e pós-parto, havendo referência a uma diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos, conduzindo a uma diminuição da satisfação conjugal (Mendes, 2009). Na etapa das famílias com filhos pequenos a satisfação conjugal apresenta valores menos elevados. As dificuldades na adaptação à chegada dos filhos, a gestão das tarefas e das novas rotinas familiares, a falta de disponibilidade e tempo para o parceiro e, o cansaço podem constituir-se fatores que conduzem à insatisfação conjugal (Lima & Alves, 2010).

No que toca à conjugalidade, a chegada de uma criança influencia a forma como o casal vive a sua intimidade. O facto de os pais partilharem o mesmo espaço, não terem tanta disponibilidade (física e emocional) e estarem mais envolvidos na educação, na socialização e na transmissão de valores aos filhos, faz com que esta fase seja conjugalmente exigente. Assim, é importante que o casal encontre estratégias que permitam se reinventarem e articularem a díade parental e conjugal (Relvas, 2006; Alarcão, 2006). Os indivíduos infelizes num casamento estão mais vulneráveis a problemas de saúde física e mental (maior risco de psicopatologias, suicídio), sendo que a insatisfação conjugal leva muitas vezes a comportamentos de risco (abuso de álcool, tabaco) depressão e má saúde física (Menezes, 2008).

Além disso, quando nasce o primeiro filho, a família nuclear passa a estabelecer uma nova relação com os contextos exteriores, resultando numa maior abertura e flexibilidade de limites, nomeadamente em relação às famílias de origem e à comunidade. Sabe-se que, particularmente em relação às famílias de origem, o nascimento dos netos implica uma reaproximação à família nuclear nas rotinas diárias, o que pode, também, gerar um

aumento da conflitualidade (Canavarro, 2001; Relvas, 2006). Os casais que falam abertamente sobre os seus problemas, as suas esperanças e desapontamentos, têm maior satisfação conjugal. Pelo contrário, os casais que negam ou encobrem as suas frustrações e que, simultaneamente, afirmam que a sua relação conjugal não é alvo de tensões ou conflitos, tendem a sentir-se progressivamente mais isolados e menos satisfeitos com o seu casamento (Gomes, 2009). A comunicação é a variável que mais se relaciona com a satisfação conjugal, pois é a partir da comunicação que o casal se compreende, se liga, e ultrapassa os conflitos (Alarcão, 2006).

1.5 - ENFERMAGEM FAMILIAR

Os processos de adaptação aos eventos da vida constituem-se como foco de atenção da Enfermagem, onde se incluem processos normativos, quer do ciclo vital do indivíduo, quer da família, onde se insere a transição para a parentalidade (Abreu, 2008). O enfermeiro de família, como profissional que trabalha em contexto de proximidade com as famílias, assume nas competências o conhecimento de como os pais experimentam a sua parentalidade, a sua perspetiva, as suas necessidades e questões para ajustar as intervenções, prevenir situações de risco e promover a saúde dos indivíduos (Martins, 2013; Soares, 2011). Estando o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar e cooperando com as demais entidades da comunidade, o seu papel passará pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de maior fragilidade na transição para uma parentalidade positiva (Tralhão et al., 2020).

O EEESF deve procurar conhecer as respostas aos problemas de saúde e aos processos de vida, de modo a conseguir responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando ganhos efetivos em saúde (Reg. n.º 428/2018 de 16 de julho). Os enfermeiros, através das suas intervenções terapêuticas, ajudam a família a desenvolver padrões de interação adequados às mudanças vivenciadas ao longo do ciclo vital familiar, e a adotarem estratégias de *coping* mais eficientes e efetivas (Figueiredo, 2012).

A intervenção de Enfermagem na transição para a parentalidade inicia-se na gravidez, o momento ideal para investir na preparação da parentalidade, conforme explana o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), abordando as questões próprias de forma pró-ativa, no âmbito da educação pré-natal, com o objetivo de desenvolver confiança e promover competências na família para a vivência

da gravidez, parto e parentalidade (Martins, 2013). O diálogo terapêutico é o coração da prática de enfermagem e neste âmbito reporta-se a uma série de intervenções de enfermagem familiar, usando competências especializadas (Wright & Leahey, 2013). É de realçar que existem vários modelos de enfermagem de saúde familiar, contudo, dentro das variações em cada um, todos têm como elementar a relação e a comunicação. A Associação Internacional de Enfermagem da Família (IFNA) desenvolveu uma Declaração de Posição para Competências Gerais para Prática de Enfermagem Familiar (IFNA, 2015), e uma Declaração de Posição para Educação Pré-Licenciada em Enfermagem Familiar (IFNA, 2013) que destacam a importância central da enfermagem familiar no diálogo terapêutico.

A perspetiva sistémica da enfermagem de saúde familiar na transição para a parentalidade proporciona intervenções com implicações para a prática de enfermagem com famílias, nomeadamente: a necessidade de assistir à família em transição como unidade de cuidados, o que implica conhecer as suas forças e fraquezas; focar-se na individualidade de cada progenitor, promovendo a coparentalidade entre o casal; atender às crenças culturais; reforçar a relação terapêutica; integrar, nas intervenções de enfermagem, o foco “estratégias adaptativas parentais” que podem ser adotadas para diminuir o impacto da transição; abandonar um cuidado meramente técnico e instrumental, incorporando o meio relacional; estender os cuidados de enfermagem à família alargada; conceber planos de intervenção mais ajustados às reais necessidades dos pais; valorizar os sentimentos experienciados e desenvolver estratégias para que sejam abordados; ajudar os pais a redefinir os seus papéis; integrar o tema “saber comunicar” nas consultas; e incrementar e reforçar a visita domiciliária ao longo do tempo (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017).

Deste modo, conhecendo a vivência da conjugalidade de famílias que se encontram em transição para a parentalidade, será possível prever cuidados antecipatórios de acordo com as tarefas inerentes à etapa referida, tornando a família mais capaz para futuras transições. A finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na etapa de transição para a parentalidade, evidenciando a intervenção do EEESF. Assim, o presente estudo pretende dar resposta à questão de investigação: Qual a perceção de casais, em transição para a parentalidade, acerca da vivência da sua conjugalidade? No seguinte ponto serão apresentados os procedimentos metodológicos, de forma a responder à anterior questão.

2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente ponto explana as opções metodológicas tomadas, bem como o percurso seguido para o desenvolvimento do trabalho de investigação de forma a dar resposta à questão orientadora do estudo e concretizar os objetivos delineados. Assim, todas as opções tomadas nesta fase determinam de forma substancial a qualidade dos resultados do estudo (Fortin, 2009). Neste ponto irão apresentar-se os objetivos da investigação, o tipo de estudo, a população e amostra, o procedimento de recolha de informação, o processo de análise dos achados e, por fim, os procedimentos formais e éticos necessários para o desenvolvimento da investigação.

2.1 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Toda a investigação está sustentada em objetivos que indicam a principal intenção da mesma, correspondendo ao resultado que a investigação quer atingir (Baptista & Sousa, 2011). Desta forma definiram-se para o presente estudo de investigação os seguintes objetivos:

- Descrever a perceção de casais, na fase de transição para a parentalidade, sobre a vivência da sua conjugalidade;
- Conhecer a perceção de casais sobre os recursos que influenciam a sua conjugalidade e, a adaptação dos mesmos a esta fase de transição.

2.2 - TIPO DE ESTUDO

Este estudo insere-se na abordagem qualitativa pois a investigadora pretender descrever a perceção de casais, em transição para a parentalidade, acerca da vivência da sua conjugalidade, sem a mensuração da informação recolhida e com descrição da experiência individual de cada pessoa. De acordo com Fortin (2009), o tipo de estudo varia em função do pretendido. Assim, tendo em conta a natureza desta investigação, este estudo enquadra-se no domínio da investigação qualitativa de nível I, do tipo descritivo, exploratório e transversal.

A abordagem qualitativa foi escolhida pela sua natureza descritiva, pois permite conhecer e descrever o fenómeno em estudo permitindo a obtenção de informações sobre as

motivações, as ideias, e as atitudes dos participantes. É uma abordagem reflexiva e interpretativa, essencialmente focada no processo e não nos resultados, que procura aceder aos significados que os sujeitos atribuem aos acontecimentos, de modo a permitir a compreensão aprofundada dos fenómenos em estudo (Streubert & Carpenter, 2013). Este estudo apresenta-se de natureza exploratória, uma vez que, pretende estudar um tema ainda pouco abordado na área de Enfermagem, e pretende uma maior familiaridade com um problema. Deste modo, quando a literatura revela pouca informação sobre o fenómeno, os estudos exploratórios pretendem fornecer uma informação global, podendo ser o início para investigações posteriores (Vilelas, 2022). É também um estudo do tipo descritivo, pois procura descrever características de um determinado problema, sabendo a opinião, as atitudes e as crenças de uma população. Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos descrevem um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de forma a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra da mesma. É ainda um estudo transversal pois a colheita de dados foi realizada apenas num momento, ou seja, o fator tempo não foi considerado como determinante para a perceção e significação dos casais, relativamente ao fenómeno em estudo.

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é composta pelos elementos que possuem características comuns, cumprindo os critérios de inclusão previamente definidos para o estudo a realizar. A amostra é constituída pela seleção de um grupo de pessoas para participar num estudo, que deverá ser representativo da população relacionada com o fenómeno em estudo. A amostra selecionada para o presente estudo de investigação teve por base uma amostragem não probabilística de conveniência. É uma amostra intencional, tendo sido efetuada de forma racional, ou seja, baseia-se no julgamento da investigadora para constituir uma amostra de sujeitos, pois esta selecionou os participantes com critérios específicos (*Ibidem*).

Deste modo, a amostra é constituída por casais (pelos dois elementos que o constituem) a vivenciar a transição para a parentalidade do ciclo vital familiar, inscritos na USF onde decorreu o estágio. Em investigação qualitativa a dimensão da amostra não é definida previamente, mas sim é dada pela saturação dos dados e esta acontece quando o investigador depois de um certo n.º de entrevistas não recolhe nada de novo dos participantes ou das situações observadas (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 2013).

Para a realização do presente estudo de investigação definiu-se como população alvo casais que tenham sido pais pela primeira vez com filho(a) até 12 meses de idade inclusive, e que cumpram os seguintes critérios de inclusão: Casais heterossexuais; casados ou em união de facto; com idade superior a 18 anos; pais pela primeira vez; idade do filho(a) até aos 12 meses, inclusive; em que ambos os elementos do casal aceitem fazer parte do estudo, respondendo à entrevista presencialmente. Como critérios de exclusão definiram-se os seguintes: Casais em que um ou ambos os elementos não desejam participar no estudo; famílias reconstruídas, com filhos(as) de outros relacionamentos e em que o casal não tem nenhum filho(a) em comum; casais com filhos(as) com idade superior a 12 meses.

Os casais com primeiros filhos até 12 meses no seu agregado familiar, com consulta programada, verificado através do sistema de informação SClínico, foram convidadas presencialmente a participar no estudo em contexto de consulta, sendo o contacto presencial o eleito para o efeito. Segundo Streubert e Carpenter (2013), os investigadores devem contactar com os participantes antes da entrevista a fim de os preparar para o encontro real e para responderem a qualquer questão preliminar. Quando os dois elementos do casal não estiveram presentes na consulta, foi realizado posteriormente contacto telefónico pela Enfermeira Orientadora Cooperante ao elemento em falta, e efetuada proposta de entrevista na USF, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Deste modo, constituíram-se como participantes deste estudo 20 participantes, que constituem 10 casais, tendo sido entrevistados os dois elementos de cada casal. De salientar que em investigação qualitativa é de evitar uma amostra de grande tamanho, porque gera um grande amontoado de dados, difícil de analisar (Fortin, 2009).

2.4 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

No âmbito da investigação qualitativa podem ser utilizadas diversas metodologias de recolha de informação, como é o caso das entrevistas, observações, narrativas e *focus grupo* (Streubert & Carpenter, 2013). O instrumento de recolha de informação utilizado foi um guião de entrevista semiestruturada, sendo esta uma das técnicas mais utilizadas na investigação qualitativa (Fortin, 2009). Neste tipo de entrevista, embora se possa recorrer a um guião, é mais flexível, permitindo o acesso a uma grande riqueza de informação, assim como a possibilidade de o investigador ir acrescentando ou

esclarecendo alguma informação de um modo controlado, direcionando a conversa no sentido dos objetivos do estudo (Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2022).

O guião de entrevista elaborado, que pode ser consultado no Apêndice I, é composto por duas partes. A primeira é constituída por questões de caracterização sociodemográfica dos participantes que possam fornecer informações relevantes para a análise dos achados, como a idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, profissão, tipo de família, duração do relacionamento conjugal e idade do filho(a). A segunda parte é formada por quatro questões abertas principais e por questões complementares referentes a cada uma delas, de forma a dar resposta aos objetivos enunciados acima e com base no enquadramento teórico. São questões baseadas no MDAIF, nomeadamente na definição da Satisfação Conjugal da dimensão de Desenvolvimento e na definição do Processo Familiar da dimensão Funcional (Figueiredo, 2012). Embora haja uma lista de temáticas a abordar, as questões contemplaram respostas livres, sem escolhas predeterminadas, depreendendo-se assim que os casais se exprimiram pelas suas próprias palavras, utilizando as expressões que desejaram.

As entrevistas foram realizadas na sua totalidade pela investigadora, presencialmente e individualmente a ambos os cônjuges, de forma a evitar constrangimentos e condicionamentos nas respostas, tendo decorrido entre 30 de janeiro de 2023 a 17 de fevereiro de 2023. Nas primeiras entrevistas realizadas verificou-se a compreensibilidade das perguntas por parte dos participantes, tendo-se avançado com as questões formuladas inicialmente. As entrevistas tiveram uma duração média de aproximadamente 20 minutos, que variou entre os 15 e os 25 minutos. Estas foram gravadas com recurso a um gravador áudio, tendo sido posteriormente transcritas integralmente.

Segundo Fortin (2009), os sujeitos podem ser influenciados nas suas respostas pelo lugar onde se desenrola a entrevista e a mesma deve acontecer num contexto privado, calmo e agradável, em que os participantes se sintam à vontade para responder às questões. A colheita de informação foi realizada na USF, não tendo os participantes do estudo sugerido outro local mais conveniente para os próprios. As entrevistas decorreram num ambiente calmo, acolhedor e sereno, propício à expressão de respostas sinceras e espontâneas. As mesmas desenrolaram-se num gabinete destinado para o efeito nas horas marcadas, tendo o mesmo sido isento de eventuais perturbações para o participante e para a investigadora, salvaguardando-se dessa forma eventuais fatores de distração para ambos. Na realização das entrevistas adotou-se uma postura de empatia, acolhimento,

cordialidade e de escuta ativa, interesse e atenção pela individualidade dos testemunhos e pela singularidade dos participantes. As mesmas foram realizadas a horas mais convenientes para os participantes, de modo que estes não se sentissem pressionados ou tivessem de alterar rotinas ou compromissos profissionais ou familiares.

2.5 - PROCESSO DE ANÁLISE DOS ACHADOS

No presente estudo de investigação a informação obtida foi analisada tendo em conta a natureza das variáveis em estudo. Em relação à caracterização sociodemográfica, foi elaborada a análise descritiva da mesma, calculando as frequências absolutas (n) e as relativas (%), sendo posteriormente apresentada em tabela. Quanto às narrativas dos casais decorrentes das entrevistas realizadas, foram tratados com recurso à análise de conteúdo segundo Bardin (2018). Na investigação qualitativa, a análise de conteúdo é a metodologia mais utilizada na interpretação da informação, já que é uma técnica flexível e adaptável a diferentes estratégias de recolha de informação, permitindo que se realizem inferências interpretativas partindo de conteúdos expressos em categorias (Vilelas, 2022).

De acordo com Bardin (2018), a análise de conteúdo consiste numa técnica de análise das comunicações, ou seja, analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo investigador. Consiste na organização das informações, permitindo, a partir das respostas dos participantes, identificar as discordâncias e convergências descritas e agrupá-las em categorias. No caso de presente estudo de investigação refere-se à interpretação da percepção dos casais entrevistados, permitindo compreender as suas vivências através do discurso dos mesmos. A referida análise é organizada em três fases nomeadamente: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A primeira fase consiste em organizar e sistematizar as ideias iniciais das informações recolhidas, após a transcrição e leitura de todas essas informações. Deste modo, procedeu-se à transcrição integral das respostas dadas nas entrevistas para um documento *Microsoft Office Word* de forma a sistematizar e organizar as mesmas, construindo assim um *corpus* de análise, seguindo-se uma leitura flutuante (*Ibidem*). A leitura flutuante da informação permite um contacto inicial com os dados, que permite extrair as declarações significativas, identificando-se os primeiros agrupamentos de achados semelhantes, segundo áreas temáticas (Bogdan & Biklen, 2013; Vilelas, 2022). Nesta fase é necessário obedecer às regras: de exaustividade, tendo a totalidade das entrevistas sido submetidas

à análise; da representatividade, encontrando-se os participantes dentro dos critérios de inclusão referidos anteriormente; da homogeneidade pois os achados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes; da pertinência em que os documentos devem adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa; e, da exclusividade em que um elemento não deve ser classificado em mais do que uma categoria (Bardin, 2018; Vilelas, 2022).

Posteriormente, a segunda fase, traduz-se em definir categorias temáticas tendo em conta o conteúdo transcrito das entrevistas, ou seja, codificação e consequente categorização. Esta codificação é o processo inicial pelo qual os achados brutos são transformados de um modo sistemático e organizado, agregando-os em unidades que permitem a análise do seu conteúdo (Vilelas, 2022). É um processo que permite a categorização, que não é mais que um modo de classificação dos elementos por diferenciação e, posteriormente, por agrupamentos das unidades de registo (excertos das transcrições das entrevistas, podendo ser frases, parágrafos ou sequências destes) segundo um critério temático. É o processo mais utilizado neste tipo de investigação, tendo também por base os objetivos delineados e o quadro teórico de referência (Bogdan & Biklen, 2013; Vilelas, 2022).

O processo de categorização pode ser realizado de duas formas, com definição de categorias *à priori*, com um sistema de categorias existente, repartindo depois os elementos em análise. As mesmas são definidas antes da análise, a partir de referencial teórico ou modelos conceituais, pelo que o título conceitual de cada categoria é definido antes da operação. E com categorias *à posteriori*, que são categorias que emergem da informação colhida, em que são identificados temas que surgem naturalmente no final da análise, sendo uma abordagem mais flexível e exploratória, proveniente de uma visão interpretativa da realidade do ponto de vista dos participantes (Bardin, 2018). Neste estudo, optou-se por uma categorização *à priori*, com um conjunto de categorias prévias com base no MDAIF (Figueiredo, 2012), sendo que no discurso dos participantes não emergiram novas categorias externas ao modelo escolhido.

As categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. Devem deter certas qualidades como: exclusão mútua – cada elemento só pode existir numa categoria; homogeneidade – se existirem diferentes níveis de análises, esses devem ser separados em diferentes categorias; pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa e às questões norteadoras; objetividade e fidelidade – se as categorias forem bem definidas

e se os temas e indicadores que determinam a entrada de um elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas; produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, hipóteses novas e em dados exatos (Bardin, 2018).

Por fim, na terceira fase, é realizado o tratamento, a síntese e a interpretação dos resultados obtidos, de forma a dar resposta aos objetivos inicialmente propostos para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (*Ibidem*).

2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A autora Fortin (2009) evidencia as questões éticas, referindo que 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. Assim, o processo foi iniciado com um pedido formal de autorização para realização do estudo à Coordenadora da USF, presente no Apêndice II, o qual foi deferido.

No caso deste estudo, a credibilidade garante que o mesmo retrata com precisão a realidade de acordo com a visão dos participantes. Para isso, existiu a possibilidade de validação da informação transcrita por parte dos participantes. Assim, procedeu-se à gravação áudio das entrevistas de modo a garantir a transcrição integral e fidedigna do seu conteúdo, aumentando por isso o rigor deste estudo. Simultaneamente também foi sugerido aos participantes a possibilidade de conferirem as transcrições efetuadas, embora nenhum deles tenha demonstrado desejo de o fazer. Para além do referido, a informação gerada também foi submetida a um processo de validação por dois investigadores, ambos especialistas em investigação na área de ESF. A confiança ou segurança dos resultados é assegurada quando a premissa da credibilidade está garantida (Streubert & Carpenter, 2013).

Operacionalizando-se todos estes direitos, foram cumpridos os procedimentos ético-deontológicos, sendo solicitado a todos os participantes do estudo o consentimento individual, informado, livre e esclarecido, que se encontra no Apêndice III. O consentimento informado é o procedimento legal obrigatório, que garante a proteção dos direitos humanos (Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2022). De forma a garantir a não existência de conflitos de interesse e de assegurar os princípios éticos referidos, aquando

da realização das entrevistas, foi explicado a todos os cônjuges a natureza do estudo, os seus objetivos e a metodologia utilizada no decorrer do mesmo, o seu direito à privacidade e anonimato e os contactos da investigadora. Os elementos do casal foram informados que a sua participação seria voluntária e que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento do mesmo, sem ser necessária justificação e sem qualquer tipo de prejuízo ou dano para os próprios.

Não foram revelados dados identificadores das famílias entrevistadas na apresentação dos resultados, sendo que ao longo do estudo não foram registados nomes ou outros dados que permitam identificar os intervenientes, garantindo a anonimização das respostas obtidas. Todas as gravações de áudio das entrevistas, bem como as suas transcrições foram codificadas para omitir a identificação dos participantes. A informação recolhida foi destruída após o término do estudo de investigação. Assegurou-se que todos estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação em vigor, nomeadamente com a Lei n.º 58/2019 que assegura a execução do Reg n.º 2016/679 do Parlamento e do Conselho relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, designado por RGPD.

Antecipadamente e para garantir o cumprimento das questões formais e éticas, inerentes ao presente estudo de investigação, realizou-se pedido de acesso aos dados ao Conselho de Administração da ARCS, presente no Anexo IV, o qual foi deferido. Primeiramente este estudo de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC, tendo obtido parecer favorável, que se encontra no Anexo V. Posteriormente, foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da ARSC, tendo obtido também parecer favorável, que se pode visualizar no Anexo VI. Neste sentido, importa realçar que a investigação só teve início após obtenção dos pareceres favoráveis, sem restrições de natureza ética, das duas comissões de ética referidas, bem como do pedido deferido de acesso aos dados da ARSC. Ao longo do trabalho, na análise e apresentação dos resultados, os discursos dos participantes serão referidos da seguinte forma: os elementos femininos dos casais serão mencionados como Mx e os elementos masculinos como Hx. As mulheres e homens pertencentes ao mesmo casal serão identificados com o mesmo n.º, sendo que x designa o n.º da entrevista pela ordem de realização da mesma. Deste modo, na realização deste estudo de investigação, a investigadora assegura que o mesmo cumpre todos os pressupostos formais e éticos.

3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização de um trabalho de pesquisa atinge o seu auge aquando da discussão dos resultados obtidos, pois a essência de um trabalho está nas conclusões que a investigação permite extrair (Carvalho, 2010).

No presente capítulo serão apresentados os resultados da investigação, que inclui a caracterização da amostra e a análise dos referidos resultados. Simultaneamente à análise será realizada a discussão dos resultados, confrontando-os com os resultados de outros estudos realizados por diferentes autores que estudaram o fenómeno, permitindo evidenciar os achados que se distanciam ou suportam dos encontrados no presente estudo.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo cumpre os critérios de inclusão anteriormente referidos e é constituída por 10 casais, ou seja, 20 participantes, existindo uma igualdade entre ambos os sexos, sendo 10 elementos femininos (50%) e 10 elementos masculinos (50%). Na caracterização da mesma, foram considerados os seguintes dados sociodemográficos: sexo; idade; estado civil; habilitações académicas; profissão; tipo de família; duração do relacionamento conjugal; e, idade do filho(a), que estão descritos de seguida na tabela 8.

Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

		Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)	
		10 (50)	10 (50)	20 (100)	
Variáveis					
	Idade	26-30 anos	2 (20)	2 (20)	4 (20)
		31-35 anos	3 (30)	3 (30)	6 (30)
		36-40 anos	4 (40)	2 (20)	6 (30)
41-44 anos		1 (10)	3 (30)	4 (20)	
Estado civil	União de facto	6 (60)	6 (60)	12 (60)	
	Casado	4 (40)	4 (40)	8 (40)	
Habilitações académicas	3º ciclo	0	2 (20)	2 (10)	
	Ensino secundário	3 (30)	4 (40)	7 (35)	
	Ensino superior - 1º ciclo	2 (20)	3 (30)	5 (25)	

	Ensino superior - 2º ciclo	5 (50)	1 (10)	6 (30)
Profissão	Setor militar e defesa	0	2 (20)	2 (10)
	Setor saúde	2 (20)	2 (20)	4 (20)
	Setor indústria, comercial e transportes	5 (50)	6 (60)	11 (55)
	Setor educação	2 (20)	0	2 (10)
	Desemprego	1 (10)	0	1 (5)
Tipo de família	Nuclear	7 (70)	7 (70)	14 (70)
	Alargada	2 (20)	2 (20)	4 (20)
	Reconstruída	1 (10)	1 (10)	2 (10)
Duração relacionamento conjugal	1-5 anos	3 (30)	3 (30)	6 (30)
	6-10 anos	3 (30)	3 (30)	6 (30)
	11-15 anos	3 (30)	3 (30)	6 (30)
	16-20 anos	1 (10)	1 (10)	2 (10)
Idade do filho(a)	1-4 meses	4 (40)	4 (40)	8 (40)
	5-8 meses	2 (20)	2 (20)	4 (20)
	9-12 meses	4 (40)	4 (40)	8 (40)

Conforme podemos observar na tabela precedente a amostra é constituída por casais com idades que variam: entre o mínimo de 26 anos e um máximo de 44 anos nos homens, tendo uma média de 35,3 anos; e, um mínimo de 27 e um máximo de 42 anos nas mulheres, com uma média de idade de 34,9 anos, sendo a faixa etária entre os 31 e os 40 anos (60%) a com mais elementos, em ambos os sexos.

A maioria dos casais vivem em união de facto (60%), seguindo-se os participantes casados (40%), sendo que apenas existem estes dois estados civis na amostra, uma vez que, se trata de uma amostra de conveniência, tendo apenas os referidos estados civis sido contemplados nos critérios de inclusão.

Quanto às habilitações académicas constatou-se que a maioria das mulheres tem instrução ao nível do ensino superior (70%), sendo licenciadas, pós-graduadas ou mestradas e a sua ocupação profissional centra-se, em grande parte, no setor da saúde, da indústria, comercial e educação. Os homens têm maioritariamente o 3º ciclo e o ensino secundário (60%), e a sua ocupação profissional concentra-se, em maior n.º, no setor militar e de defesa, mas também no setor da indústria, comercial e transportes. A esmagadora maioria

dos participantes encontra-se no ativo a tempo integral (95%), tendo verificado que a totalidade das profissões da amostra se situa nos setores secundário e terciário, sendo este último mais prevalente.

Outra característica desta amostra, evidente na tabela anterior, refere-se ao tipo de família que é maioritariamente nuclear (70%), existindo apenas 2 famílias que coabitam com a família de origem e 1 família reconstruída.

Em relação à duração das relações conjugais, estas variam entre 1 ano e os 20 anos, tendo um tempo médio de relação de 8,5 anos e estando a maioria dos casais entre 1 ano e os 15 anos de relação (90%).

A idade do filho(a) oscila entre 1 mês e 12 meses, sendo o intervalo coincidente com os critérios definidos para a amostra selecionada, tendo uma média de idade de 6,8 meses, verificando-se que 80% dos casais têm filhos dos 1 aos 4 meses (40%) e dos 9 aos 12 meses (40%).

Segue-se a apresentação, análise e discussão dos resultados com as dimensões de Desenvolvimento e Funcional do MDAIF, através das áreas de atenção Satisfação Conjugal e Processo Familiar, respetivamente. Serão apresentadas, analisadas e discutidas as categorias e subcategorias dedutivas (*à priori*) do estudo, referentes às áreas de atenção mencionadas. Surgiu também na investigação uma categoria e subcategoria pertencente à dimensão Estrutural do referido modelo (Figueiredo, 2012).

3.2 - ÁREA DE ATENÇÃO SATISFAÇÃO CONJUGAL

Na *Dimensão de Desenvolvimento* identificou-se a área de atenção *Satisfação Conjugal*. Esta centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percecionada como apoiante das várias vertentes que se interligam. Nesta, os discursos dos participantes orientaram-se para as categorias *Relação Dinâmica do casal*, *Comunicação do casal* e *Interação Sexual* (*Ibidem*). As diferentes temáticas correspondentes a cada categoria constituem-se como as subcategorias identificadas neste estudo para a Área de Atenção da *Satisfação Conjugal*, conforme se pode verificar na figura 10.

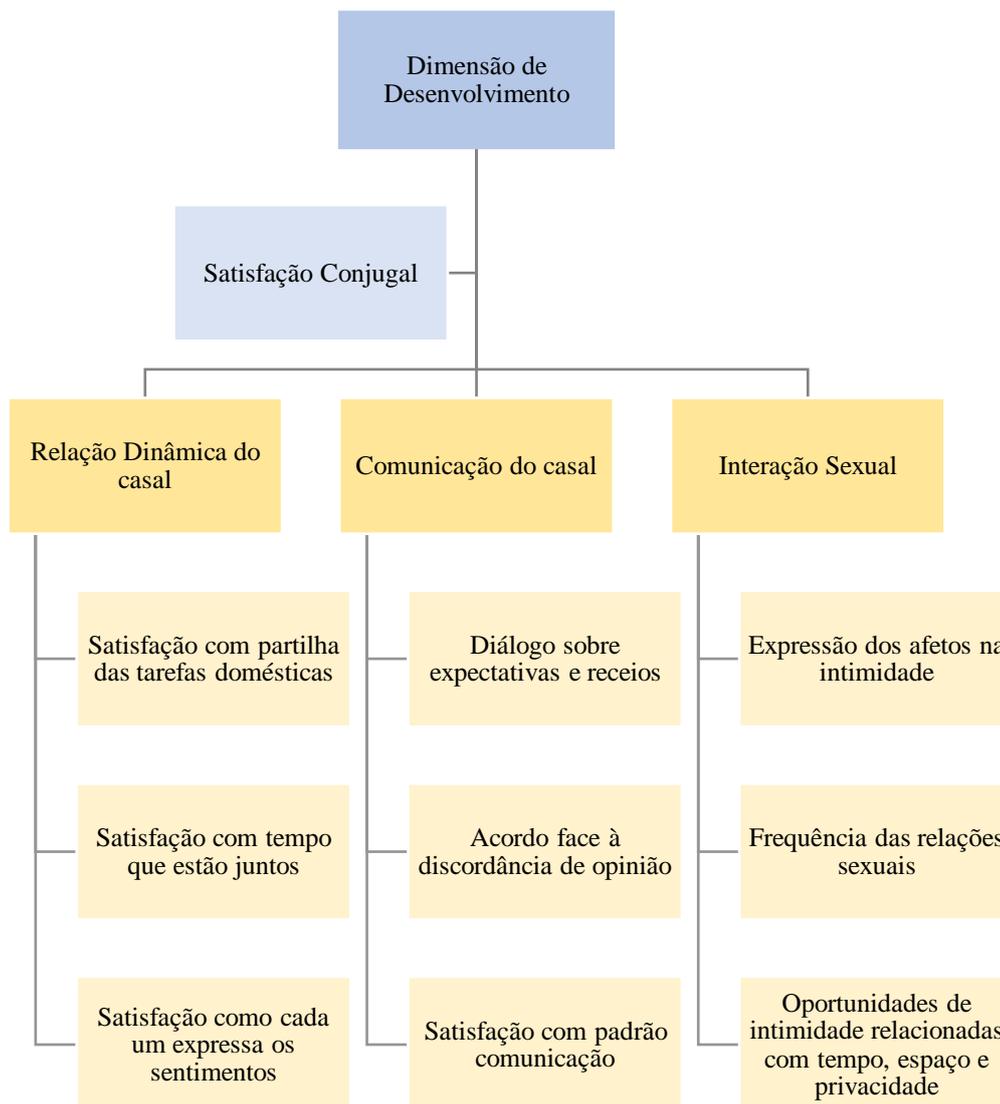


Figura 10 - Categorias e subcategorias da Área de Atenção Satisfação Conjugal da Dimensão de Desenvolvimento.

A categoria *Relação Dinâmica do casal*, inclui três subcategorias: *Satisfação com a partilha das tarefas domésticas*; *Satisfação com o tempo que estão juntos*; e, *Satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos* (Ibidem).

Na subcategoria *Satisfação com a partilha das tarefas domésticas*, é evidente a reorganização dos casais após o nascimento dos filhos, sendo que a entrelaçada entre o casal é crucial para a harmonia do relacionamento conjugal, como é descrito principalmente pelas participantes femininas:

“As tarefas domésticas são divididas, o meu namorado ajuda-me imenso. Já me ajudava antes e agora ajuda ainda mais. Se um vai tratar da roupa, o outro vai fazer o jantar, é tudo repartido.” (M7);

“A divisão das tarefas está melhor do que antes, porque ele é obrigado a ajudar-me mais. Não tenho tanto tempo como tinha, e a partir do momento que o bebé nasceu começou a ajudar mais nas tarefas domésticas. Esta parte melhorou.” (M8).

Constata-se nos discursos das participantes que a divisão das tarefas domésticas é importante para a satisfação conjugal, revelando não existirem dificuldades de entendimento nesta área, tendo ocorrido até melhorias após o nascimento dos filhos. Estes achados estão em consonância com os de Nourani et al. (2019) que referem que mulheres que têm apoio dos maridos nas tarefas domésticas têm níveis mais elevados de satisfação, independentemente das suas crenças sobre os papéis sexuais.

No estudo de Mendes (2009) a partilha de tarefas domésticas, influenciou positivamente a relação conjugal. Afonso (2000), considera que a distribuição de tarefas poderá contribuir para a diminuição das tensões entre o casal, pois facilita a partilha de medos, dificuldades, assim como apoio mútuo.

Na investigação de Doss et al. (2009), os casais relatam como aspeto positivo da transição para a parentalidade uma maior partilha das tarefas diárias. A satisfação conjugal é maior quando ambos os parceiros são congruentes nas suas atitudes em relação aos papéis (e funções) de provedores, e apresentam uma divisão mais semelhante e justa das tarefas domésticas (Helms et al., 2010).

No entanto, também se verificam discursos que revelam dificuldades de adaptação nesta nova fase:

“Andamos meio perdidos sem saber o que fazer porque há uma bebé em casa. Não é fácil porque por exemplo eu não sei passar a ferro, sei cozinhar, mas a minha mulher nem sempre gosta do que cozinho. Sinto que ainda temos de limar pormenores.” (H5).

Tendo em conta as múltiplas tarefas a realizar com o nascimento da bebé, o participante do estudo revelou necessidade de alterações na partilha das tarefas domésticas, o que é corroborado por Sabey (2020), que refere que o nascimento do primeiro filho influencia a vida quotidiana do casal, tendo estes de alterar as suas rotinas e realizar uma adaptação às necessidades de cuidados ao bebé.

Pereira (2020) indica que o nascimento de um bebé exige uma reorganização da relação do casal. Os casais necessitam de se adaptar à transição para a parentalidade, exigindo

uma mudança de um estado/condição para outro, que envolve alteração de papéis no relacionamento conjugal.

Para finalizar esta subcategoria, também surgiram relatos de participantes que davam conta de insatisfação com o padrão de divisão estabelecido:

“As tarefas acabam por recair mais em mim que nele, sobretudo a tomada de decisão, porque tive mais tempo de licença de maternidade e ainda estou com horário reduzido. Ele acaba por ser mais apoio e colaboração do que ter a mesma responsabilidade que eu. Se pudesse geríamos de forma diferente, mas para já não estou a ver outra opção.” (M3).

O discurso anterior revela desejo de que a divisão de tarefas domésticas fosse distinta da atual, referindo descontentamento com a forma como está a decorrer. Esta informação é comprovada por Kluwer (2010) que refere que as expectativas que as mulheres possuem em relação à divisão de tarefas em casa são muitas vezes postas em causa, causando-lhes impacto negativo e levando, conseqüentemente, a menor satisfação conjugal.

Afonso (2000) também considera que, havendo uma igualdade no envolvimento dos cuidados, esta influencia, de forma evidente, a adaptação à parentalidade.

Em relação à subcategoria *Satisfação com o tempo que estão juntos*, a esmagadora maioria dos casais refere-se quanto à gestão e criação de momentos a sós, como uma dificuldade e uma das alterações mais sentidas na fase de transição para a parentalidade:

“A grande alteração desta fase é termos menos tempo para o nosso relacionamento conjugal e era isto que mudava. O tempo que estamos só os dois reduziu muito, agora o tempo é quase todo focado no bebé.” (H1);

“Antes do bebé nascer tínhamos o hábito de passear todos os fins-de-semana e, por estarmos habituados a isso, tem-nos custado muito. Basicamente deixámos de ter essa liberdade e sinto que caímos numa rotina. O tempo que passamos juntos reduziu muito e gostava que fosse diferente.” (H6);

“Antigamente tínhamos outra liberdade, podíamos estar juntos quando quiséssemos, intimamente ou não, adorávamos conhecer sítios novos e agora já não pode ser, tudo mudou... Às vezes sinto-me um bocado frustrada com isto, não é que não possamos ir com o menino, mas com a idade que ele tem não é fácil. É

o dar mama, as fraldas, depois chora. Eu prefiro estar só com o meu namorado, tranquilos.” (M6);

“O tempo para nós enquanto casal é muito pouco ou nada, nada na verdade. Com o passar do tempo é uma coisa que queremos alterar porque é necessário para relação.” (H10);

“Acho que a parentalidade está a ser desafiante, estamos mais cansados, o tempo que estamos só os dois juntos diminuiu bastante e estes fatores interferem na nossa relação.” (M2);

“Tendo em conta como era o nosso relacionamento antes da bebé nascer e agora, sofreu uma pioria. Uma das grandes alterações foi praticamente deixarmos de ter tempo para estarmos juntos.” (H5).

Os participantes do estudo referem insatisfação com o tempo disponível para o casal após o nascimento dos filhos, revelando redução de disponibilidade de tempo um para o outro e de liberdade de realização de atividades a dois. A diminuição do tempo para o casal, com diminuição das atividades em conjunto provoca sentimentos de insatisfação nos cônjuges. Estas narrativas são corroboradas por Sabey (2020), que refere que os casais após o nascimento do primeiro filho têm menos tempo a dois e dificuldade na conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebé.

Segundo Martins (2013), a transição para a parentalidade é marcada por *stress* e ansiedade, provenientes da falta de tempo e disponibilidade para outras tarefas, bem como pela diminuição da dedicação ao seu relacionamento conjugal. Os achados são confirmados também por Krob, Piccinini e Silva (2009), que verificaram muitas mudanças percebidas pelos pais durante a transição para a parentalidade, nomeadamente, colocar o bebé sempre em primeiro lugar, levando a que os pais abdicassem de realizar atividades que realizavam anteriormente.

No estudo de Doss et al. (2009), os casais revelaram como aspetos negativos a alteração da relação entre o casal, as dificuldades em conjugar a conjugalidade com os cuidados do bebé e a diminuição do tempo a dois. A diminuição das atividades de lazer realizadas entre o casal, justificado pelo cansaço e tempo destinado ao cuidado do bebé, impede o fortalecimento da relação e tem como consequência a insatisfação conjugal (Shorey, Ang, Goh & Lopez, 2019).

É certo que depois do nascimento do primeiro filho, o tempo que antes era só do casal é, agora, esquecido em prol das rotinas de cuidados ao bebê, além de que o cansaço físico significativo gera uma menor disponibilidade de cada um para a relação conjugal (Cruz & Mosmann, 2015).

Antes do nascimento, o casal dispunha potencialmente de tempo e liberdade um para o outro. A chegada de um filho concentra todas as atenções (físicas, mentais e emocionais) no seu cuidado, durante as 24 horas de um dia, restando pouco tempo e energia para se dedicar ao companheiro (Menezes & Marques, 2010). Segundo Kluwer (2010), a diminuição do tempo que o casal está junto é um motivo de desarmonia conjugal.

No entanto, algumas narrativas de alguns participantes revelam adaptação a esta nova fase:

“Tenho saudades de estar só com ela, temos menos tempo disponível para os dois, mas não me posso queixar dos momentos que temos agora com o bebê, acho que até estamos mais unidos.” (H9);

“Agora passamos mais tempo com a bebê do que propriamente a dois, mas não deixámos de ter tempo para nós porque a minha sogra vive connosco e ajuda-nos, às vezes fica com a menina e nós vamos espairar um bocadinho.” (H7);

“Com tudo o que a bebê exige nós aproveitamos sempre a noite para os dois, aproveitamos para jantar juntos após a bebê adormecer, temos conseguido manter isso.” (M5);

“Penso que a nossa relação continua positiva. Não posso dizer que está na melhor fase de sempre porque não existe propriamente muito tempo um para o outro neste momento. Ainda assim, não imagino a minha vida sem o meu namorado e tenho a sensação de que ele sente o mesmo. Apesar de estarmos mais cansados e impulsivos, acho que existe algo muito forte que nos une.” (M10).

Os casais do estudo confirmam a diminuição de tempo a dois, no entanto, alguns revelaram que conseguiram estabelecer estratégias de organização familiar, de modo a manterem algum tempo disponível para estarem a sós. Estes achados são suportados por Price (2004), que concluiu que para além de verificar uma melhoria na satisfação conjugal, os casais depois de se tornarem pais puderam identificar situações menos positivas no seu relacionamento, e desenvolveram estratégias para melhorá-las e manterem a satisfação conjugal.

O companheirismo, o afeto e o bem-estar entre o casal são, de acordo com Norgren et al. (2004), essenciais para a satisfação conjugal, o que pode ir ao encontro dos discursos descritos anteriormente.

Quanto à subcategoria *Satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos*, nota-se evidência de aspetos pouco favoráveis na maioria dos participantes do estudo, referindo-se à adaptação a esta fase como provocadora de muito *stress* e emoções:

“Como estamos mais cansados acabamos por descarregar mais um no outro.”
(M2);

“Penso que apesar de conseguirmos manter uma comunicação aberta, com a exigência de cuidados à bebé, existe mais cansaço e menos tolerância.” (H1);

“Não estamos mais retraídos, não falamos é nas coisas no momento porque há outras coisas a fazer e falamos depois, basicamente deixamos andar e temos a nossa relação em segundo plano atualmente. A relação continua positiva, mas é muito stressante esta adaptação. Uma mulher depois do parto já não está bem, tudo nos incomoda, e acabam por existir atritos completamente escusados. Como estamos com as emoções à flor da pele é complicado gerir esses sentimentos todos.” (M8);

“Temos discutido mais ultimamente, estamos mais tensos e, por isso, não tem sido sempre fácil dizermos o que sentimos como fazíamos anteriormente.” (M9).

Os discursos anteriores indicam alterações na expressão de sentimentos, em especial das participantes femininas, após o nascimento dos filhos. Referem que têm vivenciado muito *stress* e encontram-se numa fase emocional mais delicada. Associam este facto ao cansaço, à tensão e às múltiplas tarefas a realizar, revelando aumento de conflitos e inibição na partilha de sentimentos. Estas narrativas são comprovadas por Hernandez e Hutz (2009), que consideram a transição para a parentalidade como um período de grande *stress* para o casal, diminuindo a qualidade do relacionamento conjugal. Também Martins, Leal e Maroco (2010), defendem que a transição para a parentalidade aumenta frequentemente o nível de *stress*.

Os resultados de Prinds et al. (2018) vão ao encontro dos achados, pois referem que a transição para a parentalidade é um acontecimento de vida importante, que altera regularmente as orientações da vida do casal e, conseqüentemente, potencia os conflitos.

Ainda assim, existem participantes que têm conseguido melhorar a expressão de sentimentos:

“Estamos mais calmos, houve uma fase da nossa relação que não sabíamos conversar, só gritávamos, agora conversamos com calma e estamos mais controlados desde que o bebê nasceu.” (M6);

“A nível de proximidade emocional estamos mais unidos agora. Sentimo-nos mais completos.” (M8).

Detetaram-se narrativas que indicam que o nascimento dos filhos proporcionou uma melhoria na expressão de sentimentos entre os cônjuges, revelando mais serenidade nos diálogos entre eles. À semelhança da narrativa enunciada acima, Alarcão (2006) refere que a comunicação é funcional quando tem a capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os cônjuges (parceiros comunicacionais). Também Isabel e Sinuché (2006), indicam que os casais que conversam mais, com grandes expressões de amor, suporte e afeto tendem a ter uma grande satisfação conjugal.

As narrativas podem ser corroboradas também por Martins (2013), que refere que cada casal vivencia a transição para a parentalidade de uma forma única, reconhecendo que quando a satisfação conjugal não se relaciona apenas com o romance e com a vida sexual, os casais podem perceber um aumento da mesma, pelo aumento do companheirismo e parceria, assente numa comunicação saudável e no suporte emocional mútuo.

Foi verificado no relato de alguns participantes a importância de comunicar ao cônjuge os seus sentimentos, frustrações e necessidades:

“Felizmente continuamos a conversar um com o outro, sempre fomos abertos em dizermos o que sentimos e queremos.” (H9).

Ao longo da análise de conteúdo das entrevistas foi evidente nas narrativas de alguns casais o reconhecimento da importância de expressar ao outro os seus sentimentos, revelando as suas dificuldades e necessidades, não tendo sofrido alterações com a transição para a parentalidade. A literatura evidencia que a partilha de responsabilidade, a comunicação e a expressão de sentimentos e emoções entre o casal é crucial na adaptação aos novos papéis na transição para a parentalidade (Vieira & Reis, 2017).

O estudo desenvolvido por Sardinha (2009) também menciona que uma das variáveis que se relaciona positiva e significativamente com a satisfação conjugal é a expressão de

sentimentos. Quanto maior for a compreensão do indivíduo sobre o seu cônjuge, expressando os seus sentimentos, mais satisfeito estará esse indivíduo em relação aos aspectos emocionais do seu companheiro, o que vai ao encontro do relato do participante acima.

Na categoria *Comunicação do casal*, existem três subcategorias: *Diálogo sobre as expectativas e receios de cada um*; *Acordo face à discordância de opinião*; e, *Satisfação face ao padrão de comunicação estabelecido* (Figueiredo, 2012).

Na subcategoria *Diálogo sobre as expectativas e receios de cada um*, os cônjuges evidenciam uma comunicação sem constrangimentos:

“Eu e o meu marido comunicamos muito um com o outro. Não fica nada por dizer e quando estamos mais calmos conversamos e vemos o que é preciso ou não ajustar.” (M2);

“Sempre tivemos o cuidado de ao final do dia falarmos de tudo o que for necessário, mesmo que tenhamos pouco tempo, aproveitamos sempre para falar, dizemos o que nos preocupa, o que nos incomoda.” (H6).

Os relatos dos participantes acima descritos revelam que alguns casais mantêm uma comunicação aberta, sem entraves, mesmo após o nascimento dos filhos. Estes achados estão em conformidade com os de Shapiro et al. (2015), que indicam que uma comunicação adequada diminui os conflitos e aumenta a satisfação conjugal.

O maior fator protetor da relação conjugal é a presença de comunicação sobre as dificuldades e necessidades sentidas, como a partilha de experiências, dúvidas e angústias e, muitas vezes, ansiedade, concomitantemente com a sensibilidade às necessidades do outro (Canavarro & Pedrosa, 2005).

No entanto, também se verificaram narrativas em que os participantes apresentam dificuldades de comunicação:

“Na nossa comunicação temos estado com mais dificuldades, já não partilhamos tudo um com o outro.” (H8);

“Continuamos a partilhar os nossos receios e dificuldades, mas temos outro foco. O problema é a nossa irritabilidade nesta fase, devida ao cansaço e privação de sono, que tem influenciado muito a nossa comunicação. Mesmo assim julgo que

temos tido a capacidade de irmos conversando, explicando as coisas, dizer o que nos preocupa, apesar de nem sempre ser da melhor forma.” (H10).

Os cônjuges reconhecem que as dificuldades comunicacionais não são benéficas para o relacionamento conjugal, em concordância com os resultados de Dias (2011), em que a manutenção do equilíbrio do sistema familiar, depende dos processos de comunicação estabelecidos dentro das relações familiares.

Na subcategoria *Acordo face à discordância de opinião*, verificaram-se narrativas que revelam dificuldades de acordo, provenientes do nascimento dos filhos:

“Temos alguma dificuldade em chegar a acordo quando discordamos de algum assunto, já não estamos tão pacientes um com o outro. Após o nascimento da bebé o nosso entendimento ficou mais difícil.” (H1).

Na narrativa acima denota-se uma pioria no acordo de opinião entre os cônjuges após o nascimento da filha, indicando dificuldades de entendimento entre o casal. Após o nascimento de um filho, o casal fica com um relacionamento mais distante e passa a vivenciar conflitos e fragilidades, no vínculo conjugal (Hintz & Baginski, 2012), o que confirma o relato descrito anteriormente.

Mas também se verificaram relatos de dificuldades que já existiam anteriormente ao nascimento das crianças:

“Somos os dois de ideias muito fixas e temos alguma dificuldade em chegar a acordo, mas sempre foi assim, não mudou com o nascimento da bebé.” (H8);

“Temos a mesma dificuldade em chegar a acordo que já tínhamos antes da bebé nascer, que é fruto da nossa personalidade individual.” (H10).

Os anteriores achados revelam dificuldades de acordo face à discordância de opinião entre os cônjuges já anteriores ao nascimento dos filhos, provenientes das personalidades individuais de cada um, que estão em consonância com os resultados de Martins, Leal e Maroco (2010) que defendem que a transição para a parentalidade amplifica problemas e diferenças já existentes entre o casal, podendo aumentar o nível de insatisfação conjugal.

No entanto, também se verificou nos discursos dos participantes, relatos positivos relativamente ao acordo face à discordância de opinião:

“A nossa relação não é perfeita, não existem. Discutimos muitas vezes, mas depois chegamos facilmente a um consenso, sempre tivemos facilidade de conseguir chegar a acordo.” (M9);

“Antigamente tínhamos dificuldade em chegar a acordo, agora com o nascimento da menina está diferente. Não pensamos só em nós e isso tem ajudado.” (H7).

A informação descrita acima evidenciou uma melhoria no acordo de opinião entre os cônjuges com o nascimento das crianças, revelando a presença de discussão de assuntos, mas também mais facilidade no acordo em relação aos mesmos. De acordo com estes achados, Martins (2013) refere que quando existe amor, carinho e cumplicidade, as dificuldades são mais facilmente resolvidas e não se reflete de forma negativa na relação do casal, o que vai ao encontro dos relatos dos participantes.

A comunicação conjugal é um ponto crucial para a satisfação do casal quanto ao seu relacionamento, que é muito explícito nos relatos da subcategoria *Satisfação face ao padrão de comunicação estabelecido*:

“Acho que o que tem sido mais fácil desde que fomos pais é a nossa comunicação, damos individualmente a nossa opinião sobre todos os assuntos, refletimos e abordamos o outro quando não concordamos com algo.” (H5);

“Temos um ponto que considero positivo que é falarmos bastante um com o outro, de forma a prevenir conflitos que possam advir.” (H3);

“Atualmente conseguimos controlar-nos muito mais. Enquanto antigamente era fácil termos uma troca de palavras mais acesa, agora com o bebé existe muito menos. O nascimento do bebé deu-nos algum controlo, moderação. Temos um limite e não passamos dali.” (H6).

É evidente nos discursos a satisfação quanto ao padrão de comunicação presente nos relacionamentos desses casais, bem como o reconhecimento da influência que essa mesma comunicação possui na satisfação conjugal dos mesmos. Os relatos dos participantes vão ao encontro do descrito por Narciso e Ribeiro (2009), que evidenciam o quanto a comunicação é crucial para a dissolução de conflitos.

Conforme Narciso (2002), o maior contributo para a manutenção da relação conjugal é a existência de comunicação, assim como a partilha de sentimentos, angústias e dificuldades, ajudando a uma aproximação e a uma melhor compreensão do casal.

Essa satisfação não é comum a todos, pois alguns participantes referem alterações:

“Penso que apesar de conseguirmos manter uma comunicação aberta, com a exigência dos cuidados da bebê, existe mais cansaço e menos tolerância com as opiniões do outro.” (H1).

Aquando da análise das entrevistas foi verificado em algumas narrativas alterações na satisfação com o padrão de comunicação estabelecido entre os cônjuges após o nascimento dos filhos, que, mais uma vez, é associado ao cansaço e às múltiplas tarefas a realizar nesta nova fase do ciclo vital familiar. Estes achados vão ao encontro aos de Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006), que indicam que quanto ao envolvimento emocional com o cônjuge, é verificado um declínio na qualidade da relação conjugal entre o período pré-natal e o pós-parto, com diminuição quer da proximidade, quer da comunicação entre o casal, detetando-se um aumento dos conflitos, provocando uma diminuição da satisfação conjugal.

A categoria *Interação Sexual*, inclui três subcategorias que em seguida se apresentam, nomeadamente: a *Expressão dos afetos na intimidade*; a *Frequência das relações sexuais*; e, as *Oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados aos tempo, espaço e privacidade* (Figueiredo, 2012).

Na *Expressão dos afetos na intimidade*, as narrativas evidenciaram participantes insatisfeitos com a diminuição da proximidade e intimidade entre o casal, considerando a intimidade um fator preponderante para o relacionamento conjugal:

“A intimidade tem ficado para segundo plano, o que me incomoda.” (H1);

“A parentalidade trouxe algumas dificuldades à nossa relação nomeadamente a intimidade que diminuiu.” (H3);

“Sinto que a relação está numa fase de novos desafios, próprios da circunstância. Enquanto casal, em termos comparativos com o que era antes da bebê nascer, há outro tipo de proximidade. Há menos intimidade também.” (H10);

“Neste momento a nossa relação está estável e positiva, mas continuamos a adaptarmo-nos enquanto casal a esta nova fase. Ainda temos alguma dificuldade no esclarecimento das nossas dúvidas, a nossa preocupação é saber se a bebê está bem. Por vezes nós, enquanto casal, ficamos um pouco para segundo plano.” (M2);

“A nossa vida conjugal não está totalmente positiva. A parte da intimidade... estamos afastados e mexe um bocadinho com a relação. Mas nós falamos abertamente sobre isso.” (M7);

“Eu acho que o nosso relacionamento está muito orientado para o filho e pouco orientado para o casal, é o que eu sinto.” (H8);

“No geral, considero que a nossa vida conjugal está positiva. A nossa relação não está para segundo plano, nem eu individualmente, mas a intimidade está em segundo plano, o que me incomoda.” (H9).

É evidente, nos discursos, que os cônjuges não se encontram totalmente satisfeitos com o seu relacionamento conjugal, devido à intimidade estar distinta em relação à fase pré-natal, confirmando, a importância que a intimidade tem para a satisfação conjugal. Os cônjuges, maioritariamente masculinos, salientam muito a parte da intimidade e proximidade física como a alteração mais sentida nesta fase de transição. Os relatos anteriores também revelam que os casais se encontram em adaptação às novas funções e papéis, tendo neste momento o foco no filho e não na relação, encontrando-se a mesma em segundo plano. Enderle et al., (2013) confirmam as narrativas anteriores, pois defendem que após o nascimento de um filho existe diminuição do desejo sexual, levando ao afastamento do casal. As razões maioritariamente apontadas para esta alteração são o cansaço e as responsabilidades parentais.

A intimidade tem um papel fundamental na relação conjugal pois promove a continuidade da relação (Isabel & Sinuché, 2006). De acordo com Sabey (2020), o nascimento do primeiro filho tem implicações na vivência da conjugalidade, sendo que a maioria dos casais experiencia um pequeno declínio na intimidade, o que interfere na relação entre o casal.

A diminuição da intimidade física e emocional é uma razão para a insatisfação conjugal (Kluwer, 2010), o que confirma os relatos dos participantes do estudo. A sexualidade após o nascimento de um bebé exige múltiplas alterações e adaptações, e é muito influenciada pelas mudanças físicas, psicológicas, relacionais e sociais inerentes a esta fase da vida (Murta et al., 2012).

Quanto à subcategoria *Frequência das relações sexuais*, a esmagadora maioria dos participantes relata que a mesma é influenciada pelo nascimento da criança:

“Como estamos mais focados na menina, a nossa sexualidade diminuiu muito.”
(H3);

“A bebé acorda muitas vezes, não temos a mesma disponibilidade porque só queremos aproveitar o que ela nos deixa dormir, e, por isso, a nossa sexualidade reduziu muito.” (M4).

A diminuição abrupta da frequência das relações sexuais foi descrita pela maioria dos participantes do estudo, associando este facto ao foco atual ser os filhos, bem como ao cansaço e privação de sono que se traduzem em menor disponibilidade para o relacionamento sexual. Trillingsgaard et al. (2014), comprovam os relatos anteriores pois verificaram que os casais, após o nascimento do primeiro filho, apresentam menos tempo para a vivência em casal, diminuição da frequência das relações sexuais e redução de comunicação construtiva, fatores que são potenciadores de diminuição da satisfação conjugal.

Quando a sexualidade é disfuncional ou inexistente, ela vai drenando a relação de intimidade e de bons sentimentos (McCarthy, 2003).

Relativamente à subcategoria *Oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados ao tempo, espaço e privacidade*, a manutenção da sexualidade é descrita como uma dificuldade vivenciada nesta fase de transição para os cônjuges, ocorrendo afastamento físico e íntimo:

“Devido ao cansaço e à falta de tempo não estamos tão próximos intimamente. Há preocupações com certas coisas e há esquecimento da nossa proximidade, porque de repente parece que o tempo todo é para a bebé.” (H1);

“Para ser sincera nós só nos envolvemos intimamente quando o bebé não está em casa, então acontece muito menos vezes. Quando o bebé está em casa eu não me sinto à vontade e por isso, têm existido muito menos oportunidades.” (M6);

“De momento estamos esgotados, não temos nem tempo nem energia para a intimidade, e isso tem tido influência negativa no nosso relacionamento.” (H8);

“A nossa maior dificuldade na parentalidade tem sido desfocar as atenções da nossa filha e voltarmos a focar-nos em nós, enquanto casal.” (H3);

“As maiores dificuldades têm sido a falta de tempo e o cansaço, porque depois fisicamente ficámos um pouco mais afastados.” (H7);

“Há sempre coisas a melhorar em todas as relações e nós não somos exceção. Todas as relações passam por fases mais ou menos exigentes. A minha percepção da relação é que é uma relação boa, pela qual faz sentido lutar e trabalhar. Nesta fase está numa altura de ajuste à nova realidade. A relação continua a ser um foco, é um objetivo, é uma prioridade, não deixou de ser. Simplesmente as energias desta fase e a disponibilidade é toda canalizada para a criança.” (H10).

Os discursos evidenciam dificuldades nas oportunidades de intimidade que se relacionam com a falta de tempo disponível, com o cansaço relativo às múltiplas tarefas a desempenhar e com o espaço onde se encontra a criança. O afastamento íntimo entre os cônjuges é referido não só como alteração desta nova fase, mas também como uma dificuldade, que tem impacto no relacionamento conjugal destes casais em particular. Estas narrativas vão ao encontro dos resultados de Mendes (2009), que indica que níveis inferiores de satisfação conjugal e sexual se devem sobretudo à dificuldade de conciliar os papéis parentais com o relacionamento sexual, reduzindo a proximidade do casal.

Os achados acima são também corroborados por Murta et al. (2012) que referem que o cansaço, bem como a dificuldade em encontrar momentos a dois, provoca um défice no relacionamento sexual. A confirmar, Martins (2019) salienta que a adaptação à parentalidade não é facilitada, particularmente para o casal primíparo, pois compreende situações de *stress*, associadas ao cansaço, perturbação do sono, sobrecarga de trabalho, que afetam a sexualidade do casal.

Num estudo de Woolhouse et al. (2014), os resultados revelaram que a intimidade entre os casais era tão importante para as mulheres como para os homens, o que também se verificou no presente estudo, como se pode comprovar nas narrativas anteriores.

3.3 - ÁREA DE ATENÇÃO PROCESSO FAMILIAR

Apresenta-se, de seguida, a *Dimensão Funcional*, sendo a área de atenção identificada nesta dimensão o *Processo Familiar*. Nesta, as narrativas dos participantes orientaram-se para as categorias *Coping Familiar* e *Crenças Familiares* (Figueiredo, 2012). As temáticas referentes a cada categoria correspondem às subcategorias identificadas no presente estudo na Área de Atenção do Processo Familiar, como se pode visualizar na figura 11.

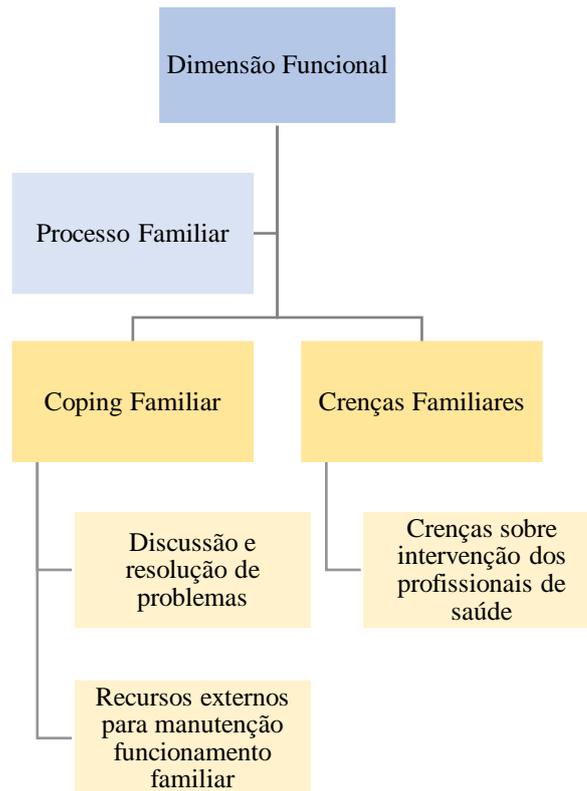


Figura 11 - Categorias e subcategorias da Área de Atenção Processo Familiar da Dimensão Funcional.

Acerca do *Coping Familiar*, este integra a *Solução de Problemas*, que é definida como os comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar. Dentro da *Solução de Problemas* destacaram-se duas subcategorias na análise de conteúdo das narrativas dos participantes, nomeadamente a: *Discussão e resolução de problemas*; e, os *Recursos externos para manutenção do funcionamento familiar* (*Ibidem*).

Na subcategoria *Discussão e resolução de problemas*, em alguns participantes o nascimento da criança veio melhorar a dissolução dos problemas:

“Antes estendíamos muito o problema, agora vamos tentar resolver as coisas naquele momento porque sabemos que isso ajuda ao bem-estar familiar. Antes era sempre eu a ter iniciativa para resolver os problemas e cansei-me. O bebé também me fez impor mais na relação e agora tem sido repartido.” (H6);

“Estamos numa nova fase da nossa vida conjugal, com novas descobertas, mas temos conseguido falar de qualquer problema até porque temos de encontrar soluções, pois surgirão outros e não podemos deixar em suspenso.” (H5).

É verificado que os cônjuges, antes do nascimento das crianças, protelavam a resolução dos problemas. No entanto, com a parentalidade, os problemas encontram-se a ser solucionados mais prontamente, indicado este facto como um ponto positivo do relacionamento conjugal. Estes discursos são corroborados pelos resultados de Canavarro e Pedrosa (2005), que indicam que o maior fator de proteção da relação conjugal em fases de mudanças e ajustamentos é a comunicação sobre dificuldades e necessidades mútuas, a partilha das experiências, dúvidas, angústias e ansiedades e a maior sensibilidade de cada elemento do casal às necessidades do outro.

Noutros casais foi mantida a resolução de problemas como antes do nascimento das crianças:

“Continuamos a discutir sobre os problemas, e sou eu, como sempre fui, que tomo a iniciativa na resolução. Mas temos de perceber o contexto das pessoas, o meu marido foi criado num em que se ignorava os problemas, não é natural para ele falar sobre os assuntos. Enquanto na minha família sempre resolvemos tudo em conjunto, os problemas eram de todos e não individuais.” (M9).

O discurso acima indica que a resolução dos problemas não foi alterada com a parentalidade, indicando que este casal se encontra adaptado e satisfeito com a resolução realizada maioritariamente por um dos cônjuges, associando este facto aos comportamentos apreendidos na infância com a família de origem. Estes achados são confirmados por Silva (2012) que indica que as experiências e vivências na infância com a família de origem condicionam as relações ao longo da vida, bem como por Soares (2012) ao constatar que a experiência dos novos pais, na sua família de origem, pode influenciar modelos de referência ou representações mentais de funcionamento familiar.

Outros participantes reconhecem que o nascimento do bebé dificultou a resolução dos problemas:

“Nos problemas relacionados com o bebé é a minha namorada que toma iniciativa de resolução, nas restantes sou eu. No entanto, esta divisão podia estar melhor porque andamos a ver quem resolve o quê e o problema não é resolvido de imediato. Acho que a resolução dos problemas piorou um pouco porque temos mais coisas a tratar e menos tempo para tudo.” (H8).

A narrativa anterior revela insatisfação com o padrão atual de resolução dos problemas, como corrobora Bolze et al. (2013) que referem que o evitar de diálogos que imponham

a expressão de sentimentos e de frustrações, com o intuito de que os problemas se resolvam por si mesmos ao longo do tempo, são considerados comportamentos de fuga e disfuncionais, normalmente associados a maior risco de insatisfação conjugal.

Na subcategoria *Recursos externos para manutenção do funcionamento familiar*, a análise de conteúdo das narrativas dos participantes indica que a maioria referiu necessidade de recursos externos nesta fase:

“Um dos recursos é o ginásio, sinto que necessito disso para aliviar a rotina e tem influência positiva na minha relação com o meu namorado e com a minha filha. Outro recurso são os nossos amigos com filhos com idades próximas da nossa, que têm ajudado a colmatar as atividades que fazíamos antes. Para além disso os nossos amigos que são família, que têm sido um grande apoio nesta fase, até são os nomes deles que estão na creche da menina, são presença efetiva na nossa vida.” (M3);

“Ambos temos uma relação muito próxima e forte com os nossos pais e eles têm sido o nosso recurso quando precisamos de algo.” (H5);

“Quando vamos a casa dos nossos pais pelo menos uma tarde vamos passear e, se der, jantamos. A parentalidade fez-me passar por uma fase mais sensível e decidi ser acompanhada por uma psicóloga. Achamos que estamos preparadas para ter um filho, mas não estamos preparadas para absolutamente nada porque é uma novidade muito grande. Estamos habituados a dormir o que achamos que precisamos e isso acaba. Eu digo muitas vezes e digo também ao meu marido, eu não tenho saudades de ser só eu e ele, tenho saudades de ser só eu, sozinha na minha vida a tomar as minhas decisões. Senti a necessidade, não estava confortável comigo e não estava a ser nem melhor esposa nem melhor mãe e pedi ajuda. Acho que não é vergonha nenhuma, acho que é muito importante, e se nos faz sentir melhor, ótimo.” (M2).

Os participantes do estudo utilizaram recursos externos na transição para a parentalidade, que sentiram como facilitadores desta nova fase, o que é comprovado por vários autores analisados. Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho (2006), confirmam a informação anterior ao realçarem a importância da rede de suporte social, nesta fase de transição para a parentalidade, em que as exigências desenvolvimentais e o *stress* são elevados.

Barimani et al. (2017) indicam que a rede de apoio como a família e amigos são fatores facilitadores da transição para a parentalidade, e Mendes (2009) refere que muitas vezes, os amigos e vizinhos passam a constituir o apoio social dos recém-pais, ao compartilharem as suas experiências e ajudarem na sua transição para a parentalidade.

Sabey (2020) destaca que a transição para a parentalidade é vivenciada de forma distinta entre os vários casais, dependendo do suporte social e familiar e, Monteiro (2013) aponta o apoio disponibilizado por outros e percebido como importante para os casais e que corresponde às expectativas, sobretudo o dos pais, do cônjuge e dos casais amigos que vivenciam a mesma fase. Martins (2013), refere que para além da família, os pais procuram suporte e apoio através, da interação com outras pessoas, em situação idêntica. Os pais valorizam o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos (Berthoud & Cerveny, 2002).

De acordo com Mendes (2009), a maternidade transcende ao momento do parto e o ajustamento ao novo papel tem impacto negativo na satisfação pessoal, no equilíbrio emocional e no funcionamento familiar. Prinds et al. (2018) também verificaram que o nascimento do primeiro filho é para a maioria dos casais uma experiência profunda, pois requer uma reorganização da vida dos elementos do casal.

Também se verificou no discurso de alguns participantes que não têm recursos atualmente, as dificuldades que estão a vivenciar:

“Acho que o meu problema é não ter nenhum recurso atualmente. Quando comecei esta relação deixei de estar tanto tempo com os meus amigos, e com o nascimento do bebé não consigo mesmo, e isto está a incomodar-me muito. Tenho amigos que têm filhos que conseguem ter uma vida social que eu não tenho, estou numa rotina tão vincada que massacra.” (H6);

“Não passo muito tempo com as minhas amigas, no geral estou sozinha em casa com o bebé. Sinto que precisava de um dia com amigas, para espairer, sem o bebé, sem o meu namorado. Deixei de me arranjar tanto. Só queria que o bebé ficasse mais independente para eu também poder ter mais liberdade.” (M6).

Os anteriores discursos, de um casal em particular, revelam o quanto gostariam de ter recursos externos que os auxiliassem nesta fase de transição, e as dificuldades que estão a vivenciar devido a sua inexistência, pois segundo Bobak, Perry e Lowdermilk (2009), as redes de apoio proporcionam um sistema de suporte com a qual os pais podem contar.

No desenvolvimento das estratégias de *coping*, os pais utilizam recursos externos – como a procura de suporte emocional e prático na família, amigos e comunidade (Tong et al., 2010).

Na análise de conteúdo das narrativas dos participantes, a família de origem foi frequentemente referida pelos cônjuges como recurso na transição para a parentalidade. A dimensão estrutural do MDAIF, inclui a estrutura da família na qual se inclui a família extensa. Nesta é identificado o tipo e a intensidade de contacto e as funções das relações entre os membros da família, a família de origem e outros parentes. A família extensa pode ter funções de rede como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, entre outras. Desta forma, identifica-se a subcategoria *Família de origem como recurso* referente à categoria *Família extensa* da Área de Atenção Estrutura da família (Figueiredo, 2012), que se pode visualizar na figura 12.

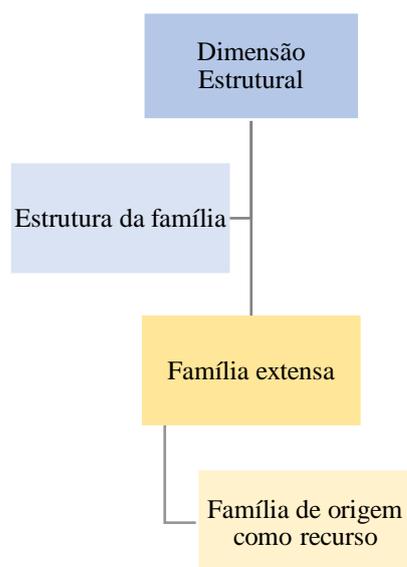


Figura 12 - Categoria e subcategoria da Área de Atenção Estrutura da família da Dimensão Estrutural.

A família de origem constitui-se como um fator facilitador da conjugalidade, quando é percebida como rede de suporte:

“Os meus pais e sogros têm sido um recurso positivo para nós. Dão a opinião deles, mas a decisão final é sempre nossa. Nunca senti que interferissem na nossa relação.” (M5);

“Os meus pais estão a ajudar-nos imenso, nunca interferiram na nossa relação. Como vivemos na casa ao lado, fazemos as refeições muitas vezes juntos, ficam muitas vezes com o bebé e têm sido uma grande ajuda.” (H6).

Denota-se que os participantes reconhecem a família de origem como um recurso positivo, facilitador da conjugalidade com a ajuda fornecida na adaptação à fase de transição para a parentalidade. Estes achados são corroborados por Canavarro e Pedrosa (2005) que afirmam que com a vinda do bebé, existe uma aproximação das rotinas da tríade à da família de origem, pela quantidade e variedade de tarefas e cuidados a realizar, como pelo auxílio de situações inesperadas para as quais os novos pais ainda não têm resposta. Assim, o apoio proporcionado pelos avós, quer seja de forma emocional, quer instrumental, se for de forma adequada e sensível, mostra-se geralmente um fator protetor de adaptação à transição para a parentalidade.

Também Menezes e Lopes (2007), defendem que a rede de apoio que envolve o casal fortalece a conjugalidade na transição para a parentalidade.

Por outro lado, também se obtiveram discursos indicadores de dificuldades de relacionamento com a família de origem, principalmente após o nascimento das crianças:

“Viver na casa ao lado dos sogros não é maravilhoso. Metem-se muito naquilo que não devem, na forma como educo o menino. Estão sempre a dizer que o bebé tem fome só porque mete as mãos na boca. Eu não discuto diretamente com os meus sogros, mas se disser alguma coisa ao meu namorado sobre eles, ele diz que é sempre tudo sem maldade.” (M6);

“Os meus sogros têm muitos comentários que me incomodam em relação ao bebé. O início da amamentação foi difícil, houve uma grande pressão à volta para introduzir leite adaptado, diziam que o menino tinha fome. Tinham-me avisado que havia uma grande pressão à nossa volta em relação à educação dos nossos filhos, mas eu não tinha noção que era tanta. Também é uma fase que estamos mais sensíveis e permeáveis a opiniões, e não é nada fácil.” (M9).

As participantes referem dificuldade em estabelecer limites e fronteiras, traduzindo-se na dificuldade de impor as suas regras e em controlar a participação da família de origem nas suas rotinas e na prestação de cuidados à criança. Tal como referido pelos cônjuges do estudo, a presença da família de origem não deve substituir os novos pais nem se intrometer no relacionamento conjugal do casal. As narrativas são confirmadas por

Canavarro e Pedrosa (2005), que salientam que o apoio dos avós pode ter aspetos menos positivos, se prestado em excesso, pela dependência que gera, e se, este apoio for fornecido sem sensibilidade e de forma intrusiva, gerando confusão de limites entre gerações, podendo resultar em mal-estar e conflito. Assim, é fundamental negociar com os recentes avós um novo equilíbrio entre apoio e autonomia, no relacionamento de ambas as gerações.

De acordo com Cowan e Cowan (2000), a família de origem também pode gerar *stress* nos recentes pais, tanto na organização das visitas, como em responder às críticas dos avós, sejam elas diretas ou implícitas.

Em relação à categoria *Crenças Familiares*, na subcategoria *Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde* (Figueiredo, 2012), muitos participantes reconhecem que o Enfermeiro de Família poderá apoiar na redefinição da conjugalidade:

“Penso que os Enfermeiros de Família poderiam dar mais ênfase ao casal, ser mais diretos, focar o que vai mudar, como a parte da sexualidade, o tempo para a vida social. Basicamente alertar-nos e dar-nos estratégias para estes pontos.” (H9);

“Não sei se é o vosso trabalho, mas se for alertar-nos mais para o que vai acontecer, realizar reuniões entre casais, de partilha de experiências.” (M8).

Os discursos apresentados evidenciam que os casais sentem como dificuldade a ausência de apoio e de inclusão de temas relacionados com a adaptação conjugal por parte dos Enfermeiros de Família, bem como da necessidade de partilhar as vivências com casais na mesma fase de transição. Estes achados são corroborados por Murta et al. (2011) que referem que os programas de preparação para a parentalidade devem também ser direcionados para o apoio ao casal e não só para as necessidades do bebé, bem como Soares (2008) que reforça que o enfermeiro ao investir no aumento do conhecimento e das capacidades dos seus utentes, está a contribuir para a aquisição de confiança e domínio de novas competências por parte destes.

São também evidentes nas narrativas dos participantes alguns desejos de mudança de comportamentos por parte dos Enfermeiros de Família:

“Nas consultas pré-natal dá-se muito ênfase à grávida, ficando o homem um pouco esquecido neste processo. O que ele pensa, o que vai acontecer depois do bebé nascer, os sentimentos, a empatia com o bebé, que não é igual à da mãe. É

uma relação que se constrói de forma diferente e talvez em sessões de esclarecimento pudessem ajudar nestes assuntos, o que evitaria discussões entre o casal no futuro.” (H8);

“Uma das coisas que eu acho que a Enfermeira de Família podia fazer é gerir as expectativas no pré-natal e enfatizar isso. Tudo se centra muito na saúde do feto e da mãe, e o pai é um bocadinho esquecido neste processo. Eu não admito ser esquecido, mas as coisas estão estruturadas de forma que o papel do pai seja minimizado na gravidez e nascimento. O pai também passa por um turbilhão de emoções e há pessoas que sabem lidar melhor ou pior e isso deve ser tido em consideração.” (H10).

É assim revelado, por parte de alguns participantes masculinos, insatisfação com a forma de tratamento dos referidos profissionais de saúde em relação a si próprios, considerando que se encontram em segundo plano, não sendo valorizados e reconhecidos como igualmente importantes. Ramalhal et al. (2013), corroboram a informação anterior pois referem que na prática clínica os enfermeiros continuam a concentrar a sua intervenção na díade mãe-filho, não fornecendo momentos que permitem a inclusão do pai.

O estudo de Van Vulpen et al. (2021), também verificou que os homens vivenciam falta de conhecimentos e necessidade de uma melhor preparação, expressando querer mais envolvimento em todo o processo.

Os relatos indicam também a necessidade de inclusão de temas relacionados com a conjugalidade:

“Quando vimos ao Centro de Saúde eu sou a mãe e o meu marido o pai, se nos sentíssemos pessoas individuais com importância e como focos de atenção, talvez fosse mais fácil partilharmos as nossas dificuldades e necessidades ao nível da conjugalidade à Enfermeira de Família.” (M2).

A anterior narrativa denota a necessidade de criação de uma relação de confiança com o Enfermeiro de Família, potenciada pela alteração de atitude por parte deste, nomeadamente passando a demonstrar que a satisfação conjugal é um foco de enfermagem. Tendo em conta o explanado, o EEESF deve apoiar os casais na transição para a parentalidade, procurando identificar as necessidades de cada casal e os fatores potenciadores ou inibidores dessa transição (Korukcu et al., 2017).

Os resultados de Knauth (2001), também corroboram a narrativa pois indicam que o enfermeiro deve abordar assuntos relacionados com o envolvimento parental, nos cuidados a prestar à criança, o estímulo da divisão de tarefas, e a promoção de momentos em que o casal possa vivenciar a conjugalidade.

Mas verificaram-se muitos discursos de desconhecimento das reais competências do EEESF, revelando uma perspectiva redutora do contributo na área da conjugalidade do referido profissional de saúde:

“Eu não sei bem qual é o papel do Enfermeiro de Família nesse sentido, de auxiliar no nosso relacionamento conjugal.” (H1);

“Não sei até que ponto a nossa Enfermeira de Família nos podia ajudar mais porque os nossos maiores problemas são o cansaço e a falta de tempo a dois, daí achar que não consegue ser a Enfermeira a ajudar-nos nestes pontos.” (H2);

“Para nós casal, se me permite a opinião, acho que isso não passa pela Enfermeira de Família, mas sim por ajuda especializada de alguém que esteja mais habilitada para estas situações, pois considero que se tiver de se preocupar com a criança e com o casal, algo não vai ficar bem feito.” (H5).

Verifica-se que os casais reconhecem e estão satisfeitos com o apoio do enfermeiro de família, no entanto, não se encontraram discursos que identificassem e valorizassem as competências na área de ESF, o que comprova que a abordagem à conjugalidade ainda não é realizada, o que dificulta a adaptação conjugal na transição para a parentalidade. Estes achados estão em consonância com o estudo de Ramalhal et al. (2013), que referem que é necessária mudança nas intervenções de enfermagem, sendo possível melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, intervindo na parentalidade e na conjugalidade.

Mercer e Walker (2006) também referem que o enfermeiro tem um papel importante no apoio e ensino aos pais, para assumirem as suas novas tarefas e o modo como esta intervenção é efetivada, influencia de forma significativa os resultados obtidos. Para Graça (2010), as intervenções devem ser planeadas com os pais, visando fortalecer a relação conjugal e parental, e criar um ambiente que conduza ao desenvolvimento e bem-estar.

No término do presente ponto, considera-se importante salientar os principais resultados do estudo realizado. Na *Dimensão de Desenvolvimento* do MDAIF identificou-se a área

de atenção *Satisfação Conjugal* que inclui as categorias *Relação Dinâmica do casal*, *Comunicação do casal* e *Interação Sexual* (Figueiredo, 2012).

Na categoria *Relação Dinâmica do casal*, incluem-se três subcategorias: *Satisfação com a partilha das tarefas domésticas*; *Satisfação com o tempo que estão juntos*; e, *Satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos* (*Ibidem*).

Os discursos dos cônjuges evidenciam na subcategoria *Satisfação com partilha de tarefas domésticas* que a mesma tem relação direta com a satisfação conjugal, sendo relatado pelos casais em que a divisão não é justa, insatisfação.

Na subcategoria *Satisfação com o tempo que estão juntos*, as narrativas são idênticas na maioria dos participantes, revelando que sofreu uma acentuada diminuição após o nascimento dos filhos e que tem impacto direto no relacionamento conjugal, demonstrando desejo em voltar a ter mais disponibilidade e liberdade para as atividades a dois, como antes do nascimento dos filhos. No entanto, alguns participantes conseguiram encontrar estratégias de forma a manter algum tempo para o casal.

Quanto à subcategoria *Satisfação com a forma como cada um expressa os seus sentimentos*, não foi unânime nos cônjuges, existindo relatos de melhorias, relacionadas com a ponderação e calma que o nascimento do filho lhes trouxe, e outros de dificuldades nesta temática, associados ao cansaço e à tensão vivenciada nesta fase. No entanto, revelaram conhecimento em relação à importância que a expressão de sentimentos tem na conjugalidade.

Na categoria *Comunicação do casal*, identificam-se três subcategorias: *Diálogo sobre as expectativas e receios de cada um*; *Acordo face à discordância de opinião*; e, *Satisfação face ao padrão de comunicação estabelecido* (*Ibidem*).

Nas três subcategorias referidas os discursos dos participantes não são similares. Analisaram-se narrativas de casais que conseguiram melhorar o diálogo e o acordo, sentindo-se satisfeitos com o seu padrão de comunicação. Estes casais são aqueles em que já existia uma comunicação aberta, sem constrangimentos, antes do nascimento dos filhos e que conseguiram manter estas qualidades. Noutros cônjuges ocorreu o contrário, apresentando atualmente dificuldades de diálogo, partilha e de comunicação, considerando que se relaciona com a irritabilidade, o cansaço, a tensão e as múltiplas tarefas a realizar. Também se verificaram discursos de casais que mantiveram as

dificuldades que já detinham antes de serem pais, nomeadamente de acordo face à discordância de opinião.

A categoria *Interação Sexual* inclui três subcategorias, nomeadamente: a *Expressão dos afetos na intimidade*; a *Frequência das relações sexuais*; e, as *Oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados aos tempo, espaço e privacidade* (*Ibidem*).

Nas três subcategorias mencionadas, os relatos dos cônjuges foram unânimes referindo que a expressão dos afetos, as relações sexuais e as oportunidades de intimidade reduziram em grande escala após o nascimento dos filhos, associando este facto à diminuição da disponibilidade relacionada com o cansaço das exigências de cuidados ao bebé, e à menor privacidade que filho proporciona. Referem que têm uma importante influência na satisfação conjugal, sentindo o relacionamento conjugal em segundo plano.

Na *Dimensão Funcional* do MDAIF a área de atenção identificada foi o *Processo Familiar*, que engloba as categorias *Coping Familiar* e *Crenças Familiares*. O *Coping Familiar* integra a *Solução de Problemas* que inclui duas subcategorias, nomeadamente a *Discussão e resolução de problemas* e os *Recursos externos para manutenção do funcionamento familiar* (*Ibidem*).

Em relação à subcategoria *Discussão e resolução de problemas*, foi verificado nas narrativas dos cônjuges ausência de unanimidade nas mesmas. Se por um lado, para alguns participantes o nascimento das crianças melhorou a discussão e resolução dos problemas, não protelando os mesmos, para outros, verificaram-se dificuldades, relacionadas com a multiplicidade de assuntos a resolver, adiando os mesmos.

Na subcategoria *Recursos externos para manutenção do funcionamento familiar*, os participantes referem-se aos mesmos como facilitadores da transição para a parentalidade, destacando os amigos, a família de origem e o desporto. No entanto, também se detetaram discursos de cônjuges que não utilizaram recursos nesta fase, reconhecendo a importância que os mesmos poderiam ter na sua adaptação à parentalidade.

Devido à família de origem ser o principal recurso referido pelos participantes, identificou-se a subcategoria *Família de origem como recurso*, pertencente à categoria *Família extensa* da *Dimensão Estrutural* do MDAIF (*Ibidem*). Os discursos indicaram que nem todos os casais percecionam a mesma como um recurso positivo, causando nalguns casos aumento da conflitualidade entre o casal. Este facto não foi verificado em

todos os relatos, detetando-se alguns cônjuges que percecionam a família de origem como um fator positivo para a conjugalidade na transição para a parentalidade, através do auxílio que prestam.

Por fim, em relação à categoria *Crenças Familiares*, identificou-se a subcategoria *Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde (Ibidem)*. Nesta o EEESF é relatado por muitos como tendo capacidades para auxiliar os casais na conjugalidade, no entanto, sentem falta da inclusão desta temática nas suas abordagens. Sugerem também alteração de comportamentos por parte do referido profissional, nomeadamente de agirem de forma a incluir a conjugalidade como foco de enfermagem, sentindo assim mais abertura por parte dos casais para a partilha de dificuldades nesta área. Verificaram-se também discursos de desconhecimento das reais competências do EEESF, não lhe reconhecendo capacidades para atuar nesta área.

Apresenta-se de seguida, na figura 13, o esquema que representa os achados obtidos. Ilustra o sistema familiar a nível estrutural, desenvolvimento e funcional interligados, com limites permeáveis com o exterior. As áreas de atenção (estrutura da família, satisfação conjugal e processo familiar) e, conseqüentemente as suas categorias, influenciam-se mutuamente.

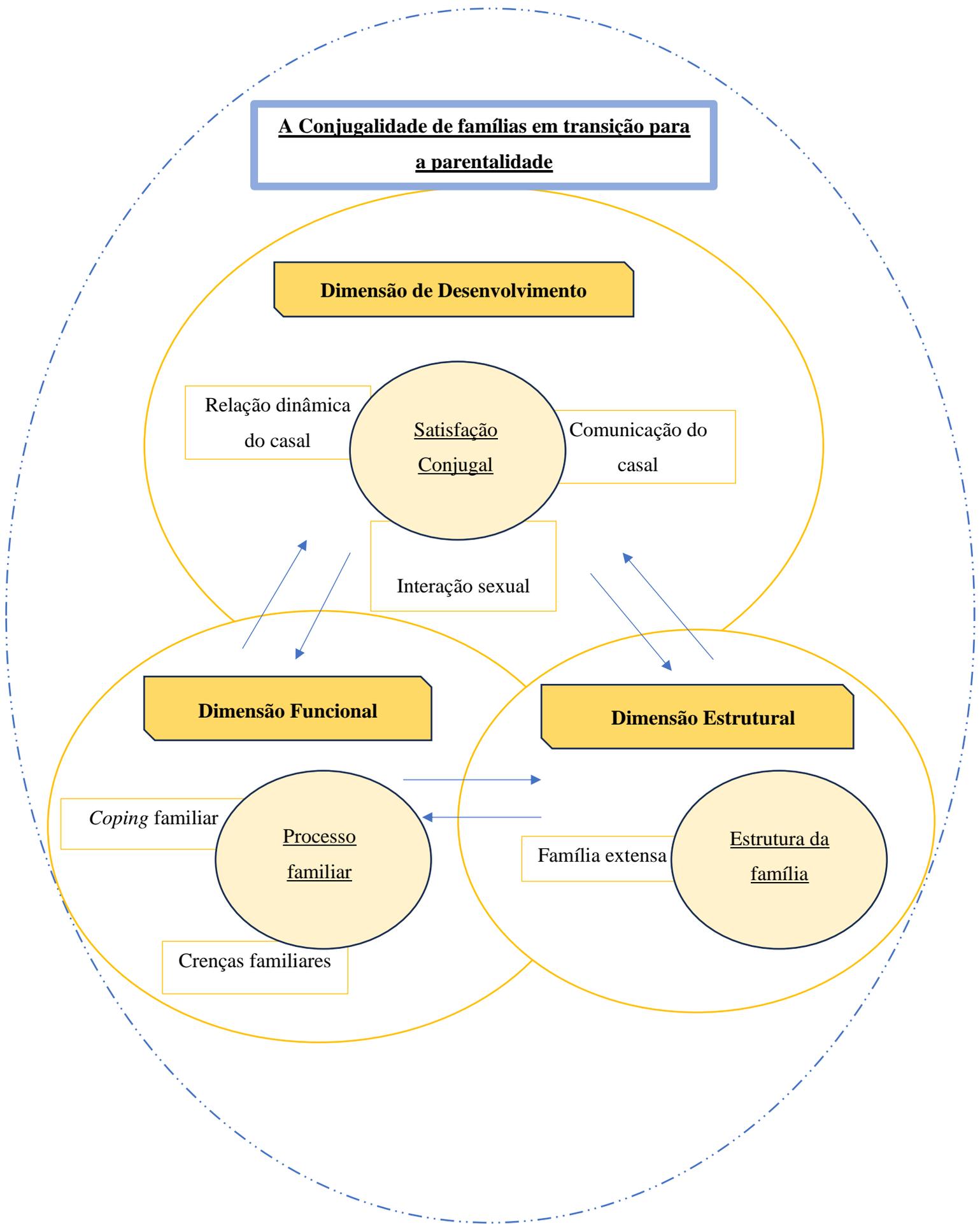


Figura 13 - Esquema representativo dos achados obtidos.

CONCLUSÃO

Enquanto mestranda, as unidades curriculares Prática Clínica de ESF e Estágio com Relatório, proporcionaram desempenho na adoção de estratégias para o alcance dos objetivos estabelecidos, abordando as áreas do EEESF. Foi possível integrar conhecimentos teóricos na prática clínica, com a prestação de cuidados em proximidade com as famílias, compreendendo os seus contextos, e potenciando a utilização dos seus pontos fortes e recursos. O desenvolvimento da concetualização, avaliação e intervenção familiar foi sedimentado por via da mobilização do MDAIF, com o uso de instrumentos de avaliação familiar, sistematizando as colheitas de informação e formulando diagnósticos, bem como implementando intervenções ajustadas a cada família, através da identificação das reais necessidades das mesmas, obtendo ganhos em saúde.

A componente clínica realizada na USF proporcionou oportunidades de novas aprendizagens, vivenciando diferentes experiências, constituindo-se mais valias para o desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda, permitindo desenvolver a prática de cuidados especializados à família e, conseqüentemente, o desenvolvimento de Competências Comuns do EE e de Competências Específicas do EEESF.

A investigação constitui uma via privilegiada de desenvolvimento e crescimento contínuo da profissão de enfermagem, desempenhando um papel relevante para estabelecer uma base científica para a prática dos cuidados. É dever do enfermeiro especialista a formação contínua, a investigação e uma prática clínica de qualidade. Durante a componente clínica na USF todas as famílias em transição para a parentalidade avaliadas apresentaram necessidades ao nível da conjugalidade, tendo surgido desta forma a temática para o estudo de investigação realizado. Deste modo, as atividades clínicas proporcionaram o desenvolvimento das atividades de investigação. Conhecer as vivências acerca da conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade contribuiu para conhecer os sentimentos, dificuldades, alterações vivenciadas e recursos utilizados pelos cônjuges.

Foi possível compreender com os achados do estudo que o nascimento do primeiro filho é uma experiência complexa e muito exigente para os novos pais, representando um desafio constante, que põe à prova a díade conjugal. Constata-se que o nascimento de um filho exige que a relação conjugal seja redefinida, para incluir um terceiro elemento,

provocando uma redefinição de papéis, tendo manifestado também dificuldades na sua conciliação.

Nos primeiros tempos, os pais estão mais centrados no filho, o que promove uma diminuição do tempo disponível para ambos, diminuição de atividades sociais e de lazer, sobrecarga de tarefas a realizar, existindo algum afastamento, essencialmente devido à diminuição do tempo para o casal e ao cansaço e privação de sono provocados pelas exigências do bebê, o que influenciou (e ainda influencia) a sua disponibilidade para a relação conjugal. Muitos casais também se referem à comunicação e à resolução de problemas como elementos que sofreram alterações após o nascimento dos filhos, sendo relatado por alguns de forma positiva, e por outros o inverso. É relatada muitas vezes a diminuição da intimidade e da sexualidade, sentindo repercussões no relacionamento conjugal, nomeadamente causando diminuição da satisfação conjugal. Ainda assim, existem alguns cônjuges que sentem uma maior união conjugal no decorrer da transição para a parentalidade, vivenciando a mesma de forma positiva. Os significados atribuídos ao EEESF pelos cônjuges indicam o desconhecimento das reais competências deste profissional, sendo reconhecido, por uns, capacidades para atuar ao nível da conjugalidade, e por outros o contrário. A frustração que estas alterações vivenciadas provocam nos cônjuges podem causar dificuldades futuras, o que exige prevenção, no sentido de possibilitar aos casais compreenderem as mudanças na relação provocadas por esta nova fase, sendo crucial clarificar o papel do EEESF junto das famílias, contribuindo para a qualidade dos cuidados de ESF.

Face às alterações vivenciadas na conjugalidade os casais encontraram auxílio em recursos externos, nomeadamente pessoas próximas e significativas, como a família e amigos, mas também em atividades que realizavam antes do nascimento dos filhos. A família de origem não é percebida por todos os cônjuges como um recurso positivo para a conjugalidade, causando nalguns casos conflitos, interferindo no relacionamento conjugal.

Este estudo permitiu aperfeiçoar competências no âmbito da investigação qualitativa, para além de aumentar o conhecimento quanto ao impacto que a transição para a parentalidade causa na conjugalidade de famílias, permitindo ao EEESF agir precocemente, prescrevendo intervenções, considerando-se, assim, atingidos os objetivos da componente de investigação. Como limitações do estudo destaca-se ter sido baseado numa amostra de conveniência numa cidade do centro de país. Deste modo, os resultados

obtidos, não podem ser generalizados a todos os pais de “primeira viagem”, pois foi desenvolvido num contexto e momento específicos, e a amostra não é representativa da população, pois não foi escolhida de forma aleatória. Pode referir-se também a dificuldade na recolha bibliográfica, uma vez que, existe pouca investigação nesta área sobretudo na população portuguesa. Apesar da transição para a parentalidade ser uma experiência quase universal para todas as pessoas e famílias, verifica-se que ainda é reduzida a investigação, particularmente em Portugal, que se foque especialmente na compreensão das experiências parentais dos pais primíparos, durante o primeiro ano de vida da criança.

Como forma de mitigar as limitações anteriormente referidas e como propostas para futuros estudos, sugere-se: que haja uma replicação deste estudo numa perspetiva longitudinal que envolva várias fases do percurso de adaptação à parentalidade; a utilização de um grupo de controlo (casais sem filhos), avaliando o seu comportamento ao longo do mesmo período de modo a verificar se as alterações observadas nos casais com filhos poderão ser imputadas à parentalidade, ou decorrerão de outras variáveis alheias à situação; a extensão da área de recrutamento dos sujeitos a várias realidades institucionais e geográficas, podendo ter uma amostra mais representativa da população portuguesa, com a realização de outras investigações, utilizando diferentes metodologias e de outros contextos socioculturais que ampliem o conhecimento acerca desta temática.

A pertinência deste estudo de investigação parece confirmada, pois contactar com as experiências de vinte pais, conhecedores das suas vivências de conjugalidade na transição para a parentalidade, fez expor áreas influenciadas pelo nascimento do primeiro filho, demonstrando uma necessidade de maior apoio nas reais dificuldades identificadas. Este estudo permite uma melhoria das práticas de enfermagem pois ao identificar os conceitos, necessidades e dificuldades relatadas pelos cônjuges acerca da conjugalidade durante a transição para a parentalidade, facilita o conhecimento por parte do EEESF desta etapa do ciclo vital familiar, estabelecendo intervenções mais direcionadas para os casais nesta fase. O referido estudo reforçou a convicção da necessidade de intervenções por parte dos EEESF que poderão desenvolver programas de intervenção que dotem os casais de conhecimentos e capacidades que auxiliem os mesmos nas várias adaptações e ajustes inerentes à transição para a parentalidade, na área da conjugalidade. Sugere-se como intervenções: a criação de uma linha telefónica de apoio, ou de uma plataforma virtual, a nível de cada centro de saúde; e, a formação de grupos de apoio nos centros de saúde,

onde haja um espaço para estes casais esclarecerem as suas dúvidas e partilharem as suas dificuldades, necessidades e frustrações.

Concluída a investigação, considera-se que os seus objetivos de descrever a perceção de casais acerca da vivência da sua conjugalidade durante a transição para a parentalidade, bem como de conhecer os recursos que influenciam a conjugalidade de casais e a sua adaptação a esta nova fase, foram alcançados com dedicação e rigor durante todo o processo de investigação. Salientar a satisfação da realização deste trabalho, não só pela aprendizagem conseguida, mas particularmente pela possibilidade de no futuro poder contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados a famílias durante o processo de transição para a parentalidade.

No término deste percurso, sugiro que seria benéfico para utentes e profissionais de enfermagem que se implementem nos CSP “Consultas de Vigilância de Saúde Familiar”, que seriam direcionadas a famílias, com tempo necessário para avaliar, diagnosticar e intervir em conjunto com a família. Estas consultas poderiam ser de inscrição voluntária ou por referência de profissional de saúde, por exemplo, numa consulta de vigilância de saúde encaminhar para este tipo de consulta devido a um facto que tenha suscitado necessidade de vigilância, acompanhamento e/ou intervenção familiar. Esta sugestão aliada ao facto de se praticar as dotações seguras para os CSP emanadas pela OE, impedia muitos constrangimentos de acompanhamento e proporcionava uma intervenção mais direcionada, aumentando o conhecimento da população acerca da importância da ESF.

Como dificuldades ao longo do percurso destaca-se a gestão de horário laboral com o de estágio e o n.º de horas reduzidas para todas as atividades a realizar em contexto clínico. As referidas dificuldades foram ultrapassadas com empenho, dedicação, questionamento, pesquisa contínua, adaptação e interesse demonstrado para com a equipa multidisciplinar, em especial com a Enfermeira Orientadora Cooperante, permitindo a evolução profissional e pessoal.

Concluindo, com este Relatório de Estágio considera-se que os objetivos delineados foram atingidos, tanto na componente clínica como na componente de investigação, sendo evidente ao longo de todo o documento a importância do EEESF para a saúde das famílias, bem como para os cuidados personalizados às mesmas.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2020). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020/2021*. Recuperado de: https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS/Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf
- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em foco* 3, pp. 35-38.
- Afonso, J. (2018). *Relação conjugal ao longo do ciclo de vida: satisfação, comunicação, motivação, coesão e adaptabilidade*. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6846/1/TES%20AFON-J1.pdf>
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica* (3ª edição). Lisboa, Portugal: Quarteto Editora.
- Baptista, C., Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha*. Pactor Editora.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo. Edição revista e atualizada*. Edições 70, Limitada.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), pp. 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Berthoud, C. M. E., & Cervený, C. M. O. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 15-28.
- Biehle, S. N. & Mickelson, K. D. (2012). *First-time parents “expectations about the division of childcare and play*. *Journal of Family Psychology*. 26, pp. 36-45
- Biscaia, A., Heleno, L. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 701-711. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33152016

- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Perry S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora. Porto.
- Bolze, S. D., Schmidt, B., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2013). Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Actualidades em Psicologia*, 27(114), pp. 71-85.
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D. & Valencia, M. (2007). *La teoria de las transiciones y la salud de la mujer e el embarazo y en el posparto*. Revista Aquichan. 7(1), pp. 8-24. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94/193>
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (edições). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., Dias, P., Lima, V. (2006). *A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa*. *Psicologia*. 22 (1), pp. 11-36. Disponível em: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Canavarro, C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade: Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, pp. 225-255. Lisboa: Editora Fim de Século.
- Canção, H., Bairrada, P., Rodriguez, E., Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de Família*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, J. (2010). *Adaptação à parentalidade: Um desafio para novos pais: Estudo do stress parental em pais primíparos*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Chaskelmann, M. (2020). *Vinculação do adulto, aceitação e valorização do cônjuge: relação com a estabilidade da relação conjugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona, Humanidades e Tecnologias. Recuperado de: <https://recil.ensinulusofona.pt/jspui/handle/10437/10253?mode=full>

- Chong, A. & Mickelson, K. D. (2016). “*Perceived Fairness and Relationship satisfaction during the transition to parenthood: the mediating role of spousal support*”. *Journal of Family Issues*. 37 (1), pp. 3-28.
- Christian, B. (2010). Research commentary-challenges for parents and families: demands of caregiving of children with chronic conditions. *J. Pediatr Nurs*. Volume 25, n.º 4, pp. 299-301. ISSN 1532-8449.
- Cowan, C. & Cowan, P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. *American Journal of Sociology*. 99 (1), pp. 237-238.
- Coutinho, C. (2021). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2.ª edição). Coimbra: Edições Almedina.
- Cruz, Q. S., & Mosmann, C. P. (2015). *Da conjugalidade à parentalidade: Vivências em contexto de gestação planeada*. *Aletheia*, (47-48), pp. 22-34.
- 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. Recuperado de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>
- 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. Recuperado de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-107546128>
- Decreto-Lei n.º 28 de 22 de fevereiro de 2008. *Diário da República n.º 38/2008 - I Série*, pp. 1182-1189. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho de 2017. *Diário da República n.º 73/2017 - I Série*, pp. 3128-3140. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://files.dre.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19: pp. 139-156. Acedido em fevereiro 2022 em: [//z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf](https://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf);
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.

- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), pp. 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ou Determinantes do retorno à atividade sexual no Puerpério. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(3).
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: ESEnfC. Recuperado de: <https://www.esenfc.pt/pt/page/237/152>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022). *Guia Orientador da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar*. Recuperado de: <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study/spedition/80/discipline/715/period/3>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). (2022). *Guia Orientador Estágio com Relatório*. Coimbra, Portugal: ESEnfC. Recuperado de: <https://my.esenfc.pt/pt/myesenfc/study>
- Feijão, M. & Morais, N. (2018). Interação família e trabalho: a percepção de docentes do ensino superior acerca da satisfação conjugal. *Contextos Clínicos*, 100, pp. 83-96.
- Ferreira, J. (2008). *Satisfação Conjugal e Parentalidade Biológica e Adoptiva*. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica e Saúde). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Faculdade de Lisboa. Repositório da Universidade de Lisboa. Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/700/1/17682_ulsd056078_tm_tese.pdf
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência-Lusodidacta-Sabooks Editora.

- Figueiredo, P. M. V. (2005). A Influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciência & Cognição*. Volume 6. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.%20php/cec/article/view/539/309>>/539/309.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, pp. 003-025.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. (5.^a edição). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Frade, J.; Pinto, C., Carneiro, M. (2013). Ser padre y ser madre em la actualidad: repensar los cuidados de enfermeira en el puerperio. *Matronas Profesión*. Volume 14, n.º 2, pp. 45-51.
- Galdiolo, S.; Roskam, I. (2012). The transition to parenthood and development of parents personality and emotional competencies. *International Review of Sociology*. Volume 22, n.º , pp. 53-70. ISSN 0390-6701
- Godshall, M. (2003). Caring for families of chronically ill kids. *RN (for Managers)*. Volume 66, n.º 2, pp. 30-35. ISSN 0033-7021.
- Gomes, A. (2009). *A Satisfação Conjugal em Casais Candidatos à Adopção: Caracterização em Função do Género e do Motivo para Adoptar (Infertilidade/Não-Infertilidade)*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F2152%2F1%2F22285_ulp034905_tm.pdf&ei=MnRwUqyRNvKa1AXI1oHQBA&usg=AFQjCNHyP6nwjHHlssW7QTTToGOvfpX7CNw

- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Tese de doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa. Recuperado de: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e família*. (1.^a edição). Loures: Lusodidacta Editora.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. 2.^a edição. Loures: Lusodidacta.
- Helms, H.M., Walls, J.K., Crouter, A.C., & McHale, S.M. (2010). Provider role attitudes, marital satisfaction, role overload and housework: A dyadic approach. *Journal of Family Psychology*, 24 (5), pp. 568-577. doi: 10.1037/a0020637
- Hernandez, J. & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico* 40 (4), pp. 414-421.
- Hintz, & Baginski, (2012, jul). Vínculo conjugal e transição para a parentalidade: fragilidades e possíveis superações. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, 4(1), pp. 10-22. Recuperado de: <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2013). *IFNA Position Statement on Pre-Licensure Family Nursing Education*. Recuperado de: <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/FNE-Complete-PDFdocument-in-colour-with-photos-English-language1.pdf>
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. Recuperado de: <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2020). *IFNA Position Statement on Planetary Health and Family Health*. Recuperado de: <https://internationalfamilynursing.org/2020/04/18/ifna-position-statement-on-planetary-health-and-family-health/>

- Isabel, P., & Sinuché, E. (2006). Intimidad y comunicación en cuatro etapas de la vida de pareja: su relación con la satisfacción marital. *Archivos Hispanoamericanos de Sexologia* 2(12), pp. 133-163.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. (2ª edição). Lisboa: Editora Presença.
- Kluwer, E. (2010). From partnership to parenthood: a review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review* (2), pp. 105–125.
- Knauth, D. G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), pp. 169-184. Disponível em: <http://europepmc.org/MED/12962253>
- Korukcu, O., Deliktaş, A., & Kukulcu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), pp. 593–601. <https://doi.org/10.1111/inr.12383>
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), pp. 269-291. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167851772009000200008&script=sci_arttext&tlng=es
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lima, R. & Alves, I. (2010). As particularidades da (in)satisfação conjugal antes e depois da chegada dos filhos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30 (79), pp. 424-439
- Martins, C. (2013). A Transição no Exercício da Parentalidade Durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem. In *Universidade de Lisboa*. Recuperado de: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf
- Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(4), pp. 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.005>
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Atas CIAIQ2017*, pp. 40–49. <https://core.ac.uk/download/pdf/132797469.pdf>

- Martins, S., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de Impacto Família de Um Filho. In J. Marôco & I. Leal. *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. pp. 162-176. Porto: Livpsic.
- McCarthy, B. (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psycho-therapy*, 14, pp. 1-12.
- Meireles, A. & Costa, M. (2015). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), pp. 75-98.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (5.^a edição). Pennsylvania, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A. & Dean, M. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.^a edição). Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Menezes, M. (2008). *Satisfação Conjugal, Auto-Estima e Imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados*. Lisboa: Universidade de Lisboa Área de Especialização em Psicologia da Educação. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). *Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses de bebé*. *Psico-USF*, 12 (1). pp. 18-93.
- Menezes, C. & Marques, A. (2010). Parto e Pós-Parto: Impacto sobre a sexualidade do Pai. *Cadernos de Sexologia* (3), pp. 77–92.
- Mercer, R. & Walker, L. (2006). A Review of nursing interventions to foster becoming a mother. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* 35(5), pp. 568-582.

- MIM@UF. (2023) *Directório de Informação em Saúde*. Recuperado de <https://eportugal.gov.pt/servicos/realizar-a-consulta-do-diretorio-de-informacao-em-saude>
- Ministério da Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP – SNS)*. Recuperado de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, I. M. (2013). *O Significado de dois mais um – A Experiência do casal na Transição para a Parentalidade e Novos Caminhos para a Intervenção*. Dissertação. Mestrado Integrado de Psicologia. Universidade do Porto. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114992/2/280570.pdf>
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2011). Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), pp. 337-346. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000300009>
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G., (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia*, 22 (53), pp. 403-412.
- Narciso, I. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica*, 31, pp. 49-62.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação Conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia* 9(3), pp. 575–584.
- Nourani, S. Seraj, F. Shakeri, M. & Mokhber, N. (2019). The relationship between gender-role beliefs, household labor division and marital satisfaction in couples. *Journal of Holist Nurses Midwifery*, 29 (1), pp. 301-307.
- Ohashi, Y., Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. *Nurs Health Sci*. Volume 14, n.º 2, pp-140-147. ISSN 1442-2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Pereira, M. I. D. (2020). *Couple relationship during the transition to parenthood: gender and parity effects over time* [Universidade do Minho]. Recuperado de: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/67963/1/Dissertacao Mariana Pereira.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/67963/1/Dissertacao_Mariana_Pereira.pdf)
- Perlin, G. & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes. Mito ou realidade? *Psicologia Clínica*, 17, pp. 15-29
- PORDATA. (2022). *Municípios. População*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/familias+segundo+os+censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>
- Price, M. (2004). *Young couple's experience of change in their marital relationship across the transition to parenthood*. Dissertation Abstracts International: section B: the sciences and engineering, 64(8), pp. 40-57.
- Prinds, C., Mogensen, O., Hvidt, N. C., & Bliddal, M. (2018). First child's impact on parental relationship: an existential perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(157), pp. 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1802-5>
- Ramalhal, T., Lagarto, A., Matos, A., Cruz, H., & Ribeiro, H. (2013). Transition to Parenthood: Nursing intervention to promote paternal competences. *NERP*, 5(1), pp. 164-169.
- Rebelo, L. (2018). *A Família em Medicina Geral e Familiar*. Conceitos e Práticas. Coimbra. Almedina.

- Regulamento n.º 126 de 18 de fevereiro de 2011. *Diário da República n.º 35/2011 – II Série*, pp. 8660-8661. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>
- Regulamento n.º 140 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República n.º 26/2019 – II Série*, pp. 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 367 de 29 de junho de 2015. *Diário da República n.º 124/2015 – II Série*, pp. 17384-17391. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428 de 16 de julho de 2018. *Diário da República n.º 135/2018, II Série*, pp. 19354-19359. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 679 de 27 de abril de 2016. *Diário da República n.º 679/2016*. Jornal Oficial da União Europeia. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.sg.pcm.gov.pt/media/38093/rgpd_regulamento.pdf
- Regulamento n.º 743 de 25 de setembro de 2019. *Diário da República n.º 184/2019 – II Série*, pp. 128-155. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Relvas, A. P. (2006). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspetiva sistémica. In M. c. Canavarro (edições). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- 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*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Sabey, A. (2020). Marital Satisfaction After Children: Is It Possible? *Family Perspectives*, 2(1), 2.
- Sardinha, A. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Volume 25, n.º 3, pp. 395-402

- Scorsolini-Comin, F. & Santos, A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), pp. 525-531
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Recomendação n.º 2 de 25 de agosto de 2017. *Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/08/cncsp_recomendacao_2017_02.pdf
- Silva, C. (2012). *Transição para a parentalidade: Necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico* Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9297>
- Silva, S. (2013). *A Avaliação do Desempenho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Validação dos Indicadores para a sua operacionalização*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70112/2/25042.pdf>
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Fink, B. C. (2015). Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), pp. 239-251. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/cfp0000051>
- Shorey, S., Ang, L., Goh, E.C.L., & Lopez, V. (2019). Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery* 70, pp. 7-14.
- Soares, D. (2012). *Paternidade e geratividade na transição para a parentalidade*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Braga. Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13187/1/13187.pdf>
- Soares, H. M. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenções de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- Soares, H. (2011). *A criança e os afetos*. Ordem dos Enfermeiros. Açores. Recuperado de:

- <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIAN%20C3%87AEOSAFECTOS.aspx>.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª edição). Lisboa: Lusodidata.
- TONG, A. et al. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child Care Health Dev.* Vol. 36, n.º 4, pp. 549-57. ISSN 1365- 2214.
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS (Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém)*. 8(1), pp. 17-30. Recuperado de: <https://doi.org/http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS> REPETIDA~
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. W., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of Change in Relationship Satisfaction during the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 63(5), pp. 667–679. <https://doi.org/10.1111/fare.12089>
- Van Vulpen, M., Heideveld-Gerritsen, M., van Dillen, J., Oude Maatman, S., Ockhuijsen, H., & van den Hoogen, A. (2021). First-time fathers' experiences and needs during childbirth: A systematic review. *Midwifery*, 94, pp. 1–12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102921>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência*. (3ª edição). Porto, Portugal: Universidade Católica Editora
- Vieira, A. R., Martins, C., Macedo, L., Guerra, M. J. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Revista Servir*, 56(3/4), pp. 146-154.
- Vieira, M. & Reis, A (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebé: revisão sistemática da literatura. *Revista Da UIIPS* 5, pp. 132–143.
- Vilar, A., Mendes, A., Carvalho, D., Marques, E., Madureira, I., Rocha, C. ... Brito, T. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar. Estudos de Caso*. Sintra: Lusodidacta-Sabooks Editora.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*, 20(3), 298. Recuperado de: <https://doi.org/10.1071/PY13001>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª edição). Lisboa: Roca Editora.

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Guião de Entrevista

Parte I - Caracterização sociodemográfica

Tipo de família:

Identificação codificada do casal:

Identificação codificada do elemento:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Habilitações académicas:

Profissão:

Duração do relacionamento conjugal:

Idade do filho(a):

Parte II - Questões orientadoras e questões complementares

- 1- Como descreve o seu relacionamento conjugal desde o nascimento do seu(sua) filho(a)? Sofreu alterações? Quais?
 - a) Como descreve a sua vida conjugal desde o nascimento do seu(sua) filho(a)? Partilha de tarefas domésticas; tempo disponível para a sua relação/tempo que estão juntos; a forma como cada um expressa o que sente. Sofreu alterações? Quais?

2- Que dificuldades ou necessidades percebe que a parentalidade trouxe à sua conjugalidade?

- a) Como se encontra o seu relacionamento conjugal ao nível da comunicação entre ambos, nesta nova etapa do ciclo vital? Partilha de receios e expectativas; possibilidade de acordo quando há discordância de opinião. Sofreu alterações? Quais?
- b) Considera que a transição para a parentalidade modificou a vossa sexualidade? De que forma? Existência de disfunções sexuais.

3- Como caracteriza a sua vida conjugal nesta fase? Sofreu alterações? Quais?

- a) Como está o seu relacionamento com o(a) seu(sua) companheiro(a) desde o nascimento do seu(sua) filho(a)? Discussão de problemas na família; iniciativa para resolução dos mesmos.

4- Que recursos influenciam a adaptação a esta nova etapa? Esses interferem na sua conjugalidade?

- a) O que considera que facilita ou dificulta a sua transição para a parentalidade? E para o seu relacionamento conjugal, que recursos utiliza?
- b) A família extensa é um recurso? Que consequências trouxe para a sua conjugalidade?
- c) Como considera que os profissionais de saúde, nomeadamente o(a) seu(sua) Enfermeiro(a) de Família poderia auxiliá-lo a potenciar a sua/vossa adaptação à parentalidade, conseguindo intervir nas suas/vossas necessidades ao nível da conjugalidade?

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Pedido de Autorização

Exma. Sr.ª Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar

Título do Estudo: “A Conjugalidade nas famílias em transição para a parentalidade”

Mestranda: Inês Filipa Ferreira Soares

Orientadores Científicos: Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva; Co-orientadora: Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino; e, Orientadora Cooperante: Enfermeira Mestre e Especialista

Eu, Inês Soares, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar o segundo Estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF). Deste modo, venho por este meio solicitar a vossa Excelência, Sr.ª Coordenadora da USF, Dr.ª, a autorização para a realização de um trabalho de investigação com título e orientação supracitada na sua unidade, no decorrer do período do estágio (Outubro de 2022 a Fevereiro de 2023).

O objetivo do referido estudo é descrever a perceção dos casais sobre a vivência da sua conjugalidade na fase de transição para a parentalidade. Assim, pretendo contribuir para o aumento do conhecimento científico em Enfermagem de Saúde Familiar e, para a melhoria das práticas de Enfermagem na fase de transição do ciclo vital familiar mencionada anteriormente. Considero importante salientar que a investigação que me proponho realizar não causará nenhum prejuízo ou risco aos participantes na mesma, nem qualquer despesa ou benefício monetário. Garante-se total anonimato e confidencialidade quanto à informação obtida, sendo esta utilizada apenas para fins académicos e destruída após conclusão do estudo.

O trabalho de investigação enunciado acima foi apresentado por mim, enquanto estudante de mestrado, em reunião da equipa multiprofissional no dia 08/10/2022, tendo sido amplamente aceite por todos os presentes.

Assinatura da mestranda

Inês Filipa Ferreira Soares

Data

18/10/2022

Pedido de Pedido.

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo: “A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade”

Mestranda: Inês Filipa Ferreira Soares

Orientadores Científicos: Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva; Coorientadora: Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino; e, Orientadora Cooperante: Enfermeira Mestre e Especialista X.

Eu, Inês Soares, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação com título e orientação supracitada que tem o objetivo major de descrever a perceção de casais sobre a vivência da sua conjugalidade, na fase de transição para a parentalidade.

Compreendendo as experiências de famílias na fase de transição referida anteriormente, será possível identificar necessidades e planear intervenções direcionadas às mesmas, que permitam aos casais ultrapassar dificuldades, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, com o referido estudo pretendo contribuir para o aumento do conhecimento científico em Enfermagem de Saúde Familiar e, para a melhoria das práticas de Enfermagem nesta fase de transição do ciclo vital familiar.

Deste modo, este documento tem o intuito de solicitar a sua colaboração para a realização de uma entrevista semiestruturada, realizada individualmente aos elementos do casal e gravada, para uma descrição fiel dos dados fornecidos.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária. O estudo citado acima não lhe causará nenhum tipo de prejuízo ou risco, nem qualquer despesa ou benefício monetário. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua realidade. Peço que responda de forma atenta e sincera. Garante-se total anonimato e confidencialidade quanto à informação obtida, sendo esta utilizada apenas para fins académicos e destruída após término da investigação. Para qualquer informação complementar, por favor contactar: Enfermeira Inês Soares: 9xxxxxxx

Declaração

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como as informações verbais fornecidas. Foi-me dada a oportunidade de realizar questões acerca do estudo, tendo as minhas dúvidas sido esclarecidas. Assim, declaro que detenho conhecimento acerca do âmbito e objetivo da investigação “A Conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade” desenvolvido pela Enfermeira Inês Soares, que se encontra a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Afirmo que de livre vontade aceito participar no estudo referido anteriormente, respondendo às questões da entrevista semiestruturada, permitindo a utilização e divulgação da informação recolhida no meio científico. Fui informado(a) do objetivo major do trabalho de investigação, sendo a minha colaboração no mesmo o fornecimento de informação no decurso da entrevista.

Asseguraram-me que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa, bem como que todos os materiais inerentes ao estudo que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, e que nenhuma informação pessoal será divulgada. Deste modo, é mantido o anonimato, sendo que os dados fornecidos serão destruídos no término da investigação. Compreendo que sou livre de a qualquer momento abandonar o estudo, sem qualquer tipo de consequência.

Nome do Participante:

Data:

Assinatura do Participante:

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADOS DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA “MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO”

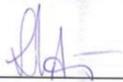


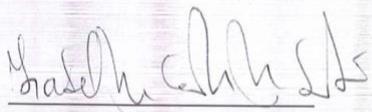
CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Filipa Ferreira Soares, inscrita na ordem dos Enfermeiros com CP nº 87263, participação na formação “Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário” como formadora, num total de 3 horas, que se realizou no centro de Saúde de Santa Clara - USF Coimbra Sul/Rainha Santa no dia 18 de novembro de 2022.

O seu contributo enquadrou-se no Plano de Desenvolvimento de Competências e de Formação de 2022 da USF Coimbra Sul

Coimbra, 18 de novembro


O concelho técnico


A Coordenadora da USF Coimbra Sul



SNS 24
808 24 24 24



CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Filipa Ferreira Soares, com o N.º de Identificação Civil nº114669701, foi formadora a 18/11/2022, num total de 3 horas com o tema "Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário.", no âmbito do Plano Anual Integrado de Formação Contínua, que decorreu na USF Rainha Santa Isabel.

Coimbra, 18 de novembro, de 2022

O Conselho Técnico



Dr.º João Sampaio

Paula Rodrigues

O Coordenador





UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

CERTIFICADO

Inês Filipa Ferreira Soares apresentou o tema: "MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO", no dia 28 de novembro de 2022.

Paula Cruz de Celas
Paula Cruz de Celas Rodrigues

O Conselho Técnico
ARS CENTRO, IP
ARS.FM
USF CRUZ DE CELAS

CRUZ DE CELAS

CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Filipa Ferreira Soares, Enfermeira, com o número de Identificação Civil 14669701, foi formadora a 25/01/2023 num total de 3 horas com o tema “**Melhores práticas nas famílias em transição para a parentalidade no contexto domiciliário**”, no âmbito do Plano Anual Integrado de Formação Contínua, que decorreu na Unidade de Saúde Familiar Pulsar.

A Coordenadora e o Conselho Técnico da referida unidade de saúde declaram, para efeitos curriculares, que as informações presentes neste documento são verdadeiras pelo que o mesmo é datado e assinado.

Coimbra, 25 de janeiro de 2023

A Coordenadora



Rosa Costa, Dr.ª

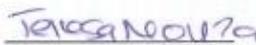
O Conselho Técnico



Rita Santos, Dr.ª



Anabela Gonçalves, Enf.ª



Teresa Moura, AT

Certificado

Certifica-se que Inês Filipa Ferreira Soares, titular do n.º de identificação (CC) 14669701, realizou a apresentação subordinada ao tema “MELHORES PRÁTICAS NAS FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO”.

São Martinho do Bispo, 10 de fevereiro de 2023

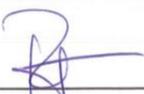
O Conselho Técnico



(Rita Cordeiro, Dr.ª.)



(Susana Jorge, Enf.)



(Paulo Rodrigues, AT.)

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se que Inês Soares, natural de Samuel - Soare, nascida em 12/03/1994, de nacionalidade Portuguesa, com o n.º de Identificação Civil 14669701 válido até 14/07/2030 a exercer funções na Unidade Funcional CHUC - EPE foi formadora na formação **“Melhores Práticas nas famílias em transição para a Parentalidade no contexto domiciliário”** no dia 10 de fevereiro de 2023, num total de 30 minutos.

Ana Paula Torrinha

(Enfermeira CT da USF Manuel Cunha)

Ana Paula Torrinha

ANEXO II – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO “A CONJUGALIDADE DE FAMÍLIAS EM TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE” NO SEMINÁRIO “FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS. TRANSIÇÕES AO LONGO DA VIDA”

Seminário

Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida.



Certificado

Certifica-se que **Inês Filipa Ferreira Soares** participou como oradora com o tema *A conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade*, na apresentação "Prática baseada na evidência em torno da família como unidade de cuidados", no âmbito do *Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"*, no dia 26 de janeiro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *misto*.

Coimbra, 26 de janeiro de 2023

Pe'l'A Comissão Organizadora

Eva Menino

Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS. TRANSIÇÕES AO LONGO DA VIDA”

Seminário

Família como unidade de cuidados. Transições ao longo da vida.



Certificado

Certifica-se que **Inês Filipa Ferreira Soares** nascido(a) a 1994-03-12, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 14669701, participou no *Seminário "Família como unidade de cuidados. Transições ao longo do ciclo de vida"*, no dia 26 de janeiro de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato *misto*.

Coimbra, 26 de janeiro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Eva Menino

Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO AO PEDIDO DE ACESSO AOS DADOS



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



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

Formulário 1

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

1. Identificação do responsável pelo pedido de dados

Nome / Denominação: _____

Categoria Profissional: Coordenação Sim Não

Unidade de Saúde:

Email Institucional (quando aplicável): _____

Contacto Telefónico: Doc. Identificação:

2. Descrição dos dados solicitados

Para efeito de construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a famílias em transição para a parentalidade (casais com primeiros filhos até um ano de idade inclusivo), solicita-se o acesso aos utentes com o Programa de Saúde Infantil e Juvenil associado, bem como o acesso ao processo familiar, através do sistema de informação SClinico. Assim, será possível identificar e convidar os pais (os dois elementos do casal) a participar no estudo, que se anexa.

Para análise, encontram-se também em anexo, os pareceres positivos: da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E); e, da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Garante-se total anonimato e confidencialidade no que toca à informação obtida, não sendo relevados dados identificadores ou privilegiados dos participantes do estudo, garantindo assim a anonimização das respostas obtidas em qualquer fase do estudo. Todos os dados serão destruídos após o término do estudo.

3. Finalidade do tratamento de dados

Atendendo ao impacto que o nascimento do primeiro filho poderá ter na conjugalidade de casais, pretende-se realizar um estudo qualitativo cujos objetivos são: descrever a perceção de casais, na fase de transição para a parentalidade, sobre a vivência da sua conjugalidade; e, conhecer os recursos que influenciam a conjugalidade de casais e, a adaptação dos mesmos, a esta fase de transição. Para a realização do estudo, pretende-se entrevistar famílias através dos dois elementos do casal. Os resultados obtidos permitirão construir um projeto de melhoria contínua das práticas de cuidados de enfermagem de saúde familiar, no âmbito das famílias em transição para a parentalidade, a implementar na USF unidade onde se desenvolve o estágio da mestranda (enfermeira), da qual sou orientadora.

4. Responsável pelo tratamento de dados

Nome / Denominação:

Categoria Profissional: Coordenação Sim Não

Unidade de Saúde:

Email Institucional (quando aplicável): _____

Contacto Telefónico: Doc. Identificação:

5. Forma de envio dos dados

Email Institucional (quando aplicável) Não aplicável.

6. Enquadramento do pedido (preencher as opções aplicáveis)

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

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

7. Legitimidade para o tratamento dos dados

(Em anexo, juntar documentos comprovativos, quando aplicável)

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

8. Comunicação de dados a terceiros (quando aplicável)

Não aplicável.

9. Medidas para garantir a segurança das informações

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

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

10. Tempo de conservação dos dados pessoais

Durante a perduração do projeto e após este serão eliminados.

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

Não aplicável.

O Responsável pela apresentação do pedido

Local

Data

Assinatura _____

A preencher pelos Serviços

Informação de suporte à decisão

O pedido está de acordo com as determinações e circulares do Conselho Diretivo da ARS CENTRO, IP, em matéria de proteção de dados pessoais.

Ernesto Fernandes
Coordenador do GSIC

Decisão Deferido Indeferido

Fundamentação

Autosubst.
26.07.2023
PE

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº / P 905_10_2022

Título do Projecto: A conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Inês Filipa Ferreira Soares

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Estudante Mestrado)

Investigador Responsável: Inês Filipa Ferreira Soares

Orientador: Prof. Armando Manuel Marques Silva; Prof. Eva Menino; Enf.

Relator: Carla Barbosa

Parecer

A investigadora partindo do conhecimento obtido através de revisão bibliográfica conclui que existem diversos ciclos da vida com implicações a nível familiar. Que a forma de reação a esses ciclos nem sempre é a mesma e a resposta por parte dos indivíduos pode ser muito diferente consoante os momentos.

Partindo desta ideia a investigadora pretende verificar um desses momentos: a transição para a parentalidade e o reflexo dessa transição na relação entre o casal. Questiona a investigadora: "qual a perceção de casais, em transição para a parentalidade, acerca da vivência da sua conjugalidade". Com o estudo a investigadora pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na etapa de transição para a parentalidade.

O estudo terá uma abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e transversal. A amostra será intencional constituída por famílias que se encontrem a vivenciar a transição para a parentalidade do ciclo vital familiar. Será composta por casais da USF serão integrados participantes até ser atingida a saturação da informação.

São apresentados os critérios de inclusão e exclusão.

Será feita uma entrevista, gravada, que seguirá um Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

As entrevistas serão codificadas. Serão requeridos dados à ARS Centro. É assegurada a participação voluntária.

Vários aspetos cuja clarificação foi solicitada à investigadora:

- esclarecer quais os meios de segurança implementados para garantir a segurança

COMISSÃO DE ÉTICA

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

das entrevistas codificadas. Onde ficarão “depositadas”, quais as medidas técnicas organizativas (passwords, por exemplo), quem acederá; a investigadora respondeu adequadamente a este esclarecimento corrigindo o protocolo.

- pediram-se ainda esclarecimentos sobre que dados seriam solicitados à ARS. São dados anonimizados? De qualquer forma o acesso tem de ser sempre autorizado pela ARS e não é junto qualquer pedido de autorização para acesso; a investigadora respondeu adequadamente a este esclarecimento corrigindo o protocolo.

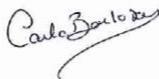
- o consentimento estava incompleto; por exemplo, não estava expressa a possibilidade de, a qualquer momento, abandonar a investigação nem os dados de contato da investigadora; a investigadora respondeu adequadamente a este esclarecimento corrigindo o protocolo.

- finalmente, e uma vez que vão ser inquiridos utentes de uma USF que está no âmbito da competência da ARS solicitava-se, também, que fosse pedido parecer à CE da ARS Centro.

Esta questão falta esclarecer tendo nós conhecimento que o mesmo se encontra a tentar ser desbloqueado centralmente.

Depois deste último aspeto clarificado o parecer é favorável.

Parecer favorável após clarificação deste último ponto.



O relator: _____ Carla Barbosa _____

Data: 22/12/2022 A Presidente da Comissão de Ética: _____ *Naura Filomena Botelho* _____



ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO



17/3

<p>PARECER FINAL:</p> <p>FAVORÁVEL</p> <p style="text-align: center;">←</p>	<p>DESPACHO: <i>Toma conhecimento e deliberou homologar o Parecer Final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> 19.07.2023</p> <p style="text-align: center;">Conselho Diretivo A.R.S. do Centro, I.P.</p>
<p>ASSUNTO:</p>	<p>Título: "A conjugalidade de famílias em transição para a parentalidade" (143/22)</p> <p>Autores: Inês Filipa Soares (IP), Armando Manuel Marques Silva e Eva Patrícia da Silva Guilherme (ESEnfC),</p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Mário Ruivo</i> Vogal,</p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Fernando Cravo</i> Vogal,</p>
<p>Objetivos: -Descrever a perceção de casais, na fase de transição para a parentalidade, sobre a vivência da sua conjugalidade. -Conhecer os recursos que influenciam a conjugalidade de casais e, a adaptação dos mesmos, a esta fase de transição.</p>	
<p>A amostra será composta por casais, inscritos na USF ; serão integrados participantes até ser atingida a saturação da informação. São considerados casais heterossexuais, casados ou em união de facto, com idade superior a 18 anos, pais pela primeira vez, idade do filho(a) até aos 12 meses, inclusive, em que ambos os elementos do casal aceitem fazer parte do estudo, respondendo à entrevista presencialmente.</p>	
<p>O instrumento de recolha de informação será um guião de entrevista semiestruturada, que terá algumas questões que serão baseadas no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, nomeadamente na definição da Satisfação Conjugal da dimensão de Desenvolvimento e na definição do Processo Familiar da dimensão Funcional – as perguntas são generalistas e não se intrometem na intimidade do casal. Será composto por duas partes, em que a primeira é constituída por questões de caracterização sociodemográfica, sendo a segunda formada por quatro questões abertas principais e por questões complementares referentes a cada uma delas. A entrevista será realizada, presencialmente e individualmente a ambos os cônjuges, de forma a evitar constrangimentos nas respostas. As entrevistas serão gravadas, sendo posteriormente transcritas integralmente e será elaborada a análise de conteúdo das mesmas. Não serão revelados dados identificadores das famílias entrevistadas na apresentação dos resultados, sendo que ao longo do estudo não serão registados nomes ou outros dados que permitam identificar os intervenientes, garantindo a anonimização das respostas obtidas. Todas as gravações de áudio das entrevistas bem como as suas transcrições serão codificadas para omitir a identificação dos participantes. Os dados recolhidos e a lista de descodificação serão apenas do conhecimento da mestranda e da Enfermeira Orientadora Cooperante e ficarão na posse da última, sendo destruídos após o término do estudo de investigação. Os casais com primeiros filhos até 1 ano no seu agregado familiar, com consulta programada, verificado através do sistema de informação SClinico, serão convidadas presencialmente a participar no estudo em contexto de consulta, sendo o contacto presencial o eleito para o efeito. Caso os dois elementos do casal não estejam presentes na consulta, será realizado posteriormente contacto telefónico e efetuada proposta de entrevista na USF.</p>	
<p>O Consentimento informado está em "boa e devida forma". São enviados os questionários.</p>	
<p>O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro</p> <p style="text-align: center;"><i>C. Ribeiro</i></p>	