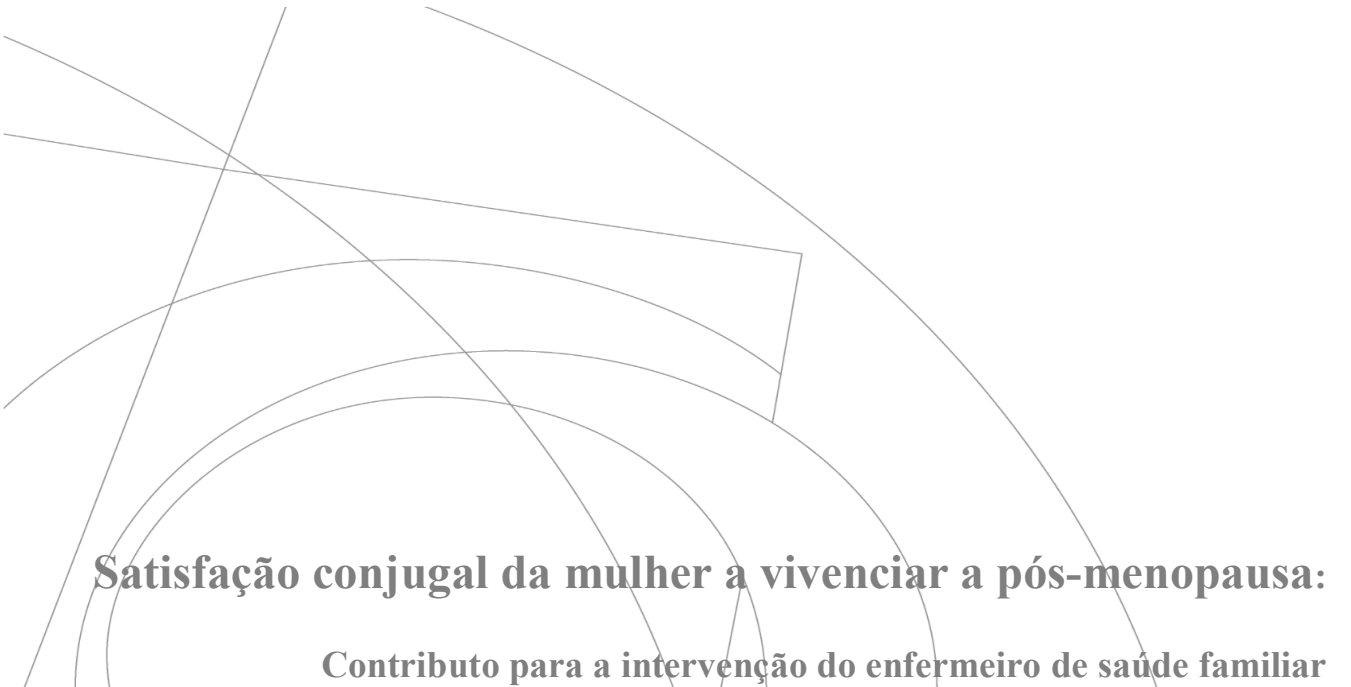




Satisfação conjugal da mulher a vivenciar a pós-menopausa:

Contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar

Carla Sofia Malheiro Neves de Sá Pereira

Carla Sofia Malheiro Neves de Sá Pereira

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Satisfação conjugal da mulher a vivenciar a pós-menopausa:
Contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar**

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de
Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof.^a Mestre e Especialista em Enfermagem Maria Cândida Cracel Viana

maio de 2025

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, em particular:

À Professora Maria Cândida Cracel Viana, minha orientadora, pela sua dedicação, simpatia, paciência, confiança e apoio, que sempre me concedeu.

À Enfermeira Sandra Carvalho, minha tutora da prática clínica, pela disponibilidade, confiança, motivação e paciência, tendo sido uma inspiração.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) Vale do Âncora, especialmente às minhas colegas, pela forma como me receberam, apoiaram e me integraram na unidade.

À Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), pela autorização para a realização da investigação.

A todas as Mulheres que participaram e suas famílias.

À minha unidade, USF Monção, pela motivação e companheirismo que sempre me dedicaram.

À minha família, especialmente aos meus pais, e amigos, por compreenderem as minhas ausências, pelo amor, amizade, carinho, apoio e dedicação, ensinando-me a ser mais forte.

À minha filha, pelo apoio incondicional, pela motivação, pela confiança, pela paciência e amor dedicado.

A todos o meu mais sincero e eterno agradecimento!

À minha filha, minha razão de querer viver e lutar.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós, um dia, precisaremos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber.

Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida!

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: A menopausa é uma transição de desenvolvimento do ciclo vital feminino, caracterizada pela diminuição da produção hormonal, o que conduz à cessação da atividade reprodutiva, originando alterações na saúde física e emocional da mulher. Estas alterações traduzem-se em sintomatologia, mais ou menos intensa, que permanece no período pós-menopausa e que pode influenciar a satisfação conjugal. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde familiar assume um papel preponderante na saúde da mulher, especificamente nas fases de transição, contribuindo para uma vivência mais saudável da pós-menopausa na mulher e na sua família. Neste âmbito, emergiu a seguinte questão: “Qual a relação entre a sintomatologia vivenciada pela mulher no período pós-menopausa e a sua satisfação conjugal?”.

Objetivo: Analisar a relação da sintomatologia vivenciada pela mulher na pós-menopausa com a satisfação conjugal.

Metodologia: Efetuou-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal, utilizando-se uma amostra de conveniência, constituída por 34 mulheres inscritas numa Unidade de Saúde Familiar, com idade superior a 50 anos e tendo ocorrido a menopausa há pelo menos 10 anos. Na recolha de dados aplicou-se um questionário que integrou a caracterização sociodemográfica, a Menopause Rating Scale (MRS) e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

Resultados/conclusões: As mulheres que integraram a amostra deste estudo têm idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, sendo a média de idades $63,29 \text{ anos} \pm 5,425$. Os sintomas percecionados pelas mulheres que se destacam, são os psicológicos, referindo-se ao humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental. A área da “intimidade emocional” foi a que apresentou maior grau de satisfação e a “sexualidade” a que apresentou o menor grau de satisfação. Não foi encontrada relação entre a satisfação conjugal e a sintomatologia sentida na pós-menopausa.

Palavras-chave: pós-menopausa, satisfação, relacionamento conjugal, enfermeiras especialistas em saúde da família

ABSTRACT

Introduction: Menopause is a developmental transition of the female life cycle, characterized by a decrease in hormone production, which leads to the cessation of reproductive activity, causing changes in the physical and emotional health of women. These changes translate into symptoms, more or less intense, that remain in the postmenopausal period and that can influence marital satisfaction. The specialist nurse in community nursing in the area of family health nursing assumes a preponderant role in women's health, specifically in the transition phases, contributing to a healthier experience of postmenopause in women and their families. In this context, the following question emerged: "What is the relationship between the symptomatology experienced by women in the postmenopausal period and their marital satisfaction?".

Objective: To analyze the relationship between the symptoms experienced by postmenopausal women and marital satisfaction.

Methodology: A quantitative, observational, descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out, using a convenience sample, consisting of 34 women enrolled in a Family Health Unit, aged over 50 years and having had menopause for at least 10 years. In the data collection, a questionnaire was applied that integrated the sociodemographic characterization, the Menopause Rating Scale (MRS) and the Satisfaction Assessment Scale in Areas of Marital Life (EASAVIC).

Results/conclusions: The women who were part of the sample of this study are aged between 50 and 74 years, with a mean age of 63.29 years $\pm$ 5.425. The symptoms perceived by women that stand out are psychological, referring to depressive mood, irritability, anxiety, physical and mental exhaustion. The area of "emotional intimacy" was the one that presented the highest degree of satisfaction and "sexuality" the one that presented the lowest degree of satisfaction. No relationship was found between marital satisfaction and postmenopausal symptoms.

Keywords: postmenopause, satisfaction, marital relationship, nurses specializing in family health

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVITURAS

H_0 – Hipótese nula

H_1 – Hipótese alternativa

ACRÓNIMOS

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

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

STRAW – Stages of Reproductive Aging Workshop

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

WHO – World Health Organization

SIGLAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

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

ENPRF – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

MRS – Menopause Rating Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

USF – Unidades de Saúde Familiar

USFVA – Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	VII
ABSTRACT	VIII
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	IX
SUMÁRIO	X
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	5
1.1. USF – uma unidade dos cuidados de saúde primários.....	6
1.1.1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho	7
1.1.2. Unidade de Saúde Familiar do Vale do Âncora	8
2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	11
2.1. Nota introdutória	12
2.1.1. Enquadramento teórico.....	13
2.1.1. Pós-menopausa e climatério.....	14
2.1.2. Sinais e sintomas da pós-menopausa	15
2.1.3. Pós-menopausa – uma transição de desenvolvimento.....	17
2.1.4.O sistema familiar e a satisfação conjugal como área de atenção da enfermagem de saúde familiar	19
2.2. Metodologia.....	23
2.2.1. Questão de investigação	24
2.2.2. Finalidade e objetivos	25
2.2.3. Hipóteses e variáveis em estudo	26
2.2.4. Tipo de estudo	27
2.2.5. População e amostra	27
2.2.6. Instrumento de recolha e tratamento de dados.....	28

2.2.7. Procedimentos éticos	29
2.2.8. Procedimentos de recolha e tratamento de dados	30
2.3. Resultados.....	31
2.4. Discussão dos resultados	39
2.5. Conclusões.....	43
2.6. Reflexão sobre o contributo para a prática clínica	44
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	46
3.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista.....	48
3.2. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar	53
CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	71
ANEXO I – MENOPAUSE RATING SCALE	72
ANEXO II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL (EASAVIC).....	74
ANEXO III – Dados psicométricos da EASAVIC	77
APÊNDICES	80
APÊNDICE I – Operacionalização das variáveis	81
APÊNDICE II – Parecer da comissão de ética para a saúde da ULSAM	83
APÊNDICE III – Parecer do coordenador da USFVA	87
APÊNDICE IV – Parecer da enfermeira gestora do centro de saúde de Caminha	89
APÊNDICE V – Estudo de normalidade	91
APÊNDICE VI – Consentimento informado livre e esclarecido	93
APÊNDICE VII – Pedido e autorização da autora para utilização da MRS.....	97
APÊNDICE VIII – Pedido e autorização da autora para utilização da EASAVIC	100

APÊNDICE IX – Distribuição das respostas por grau de satisfação e áreas da vida conjugal.....	102
APÊNDICE X – Formação em serviço: instrumentos de avaliação familiar	105
APÊNDICE XI – Formação em serviço: avaliação e intervenção familiar – documentação no scĺnico	107
APÊNDICE XII – Formação em serviço: menopausa e satisfação conjugal – consulta de enfermagem e registos no scĺnico	109
APÊNDICE XIII – Formação em serviço: planeamento familiar – consulta de enfermagem e registos no scĺnico.....	111
APÊNDICE XIV – Apresentação do projeto de estágio e estudo de investigação	113
APÊNDICE XV – Folheto informativo sobre o enfermeiro de família	115
APÊNDICE XVI – Folheto informativo sobre planeamento familiar	117
APÊNDICE XVII – Folheto informativo sobre a menopausa	119

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de utentes inscritos na USF Vale do Âncora.....	9
---	---

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da sintomatologia percecionada na pós-menopausa e grau de intensidade.	333
Gráfico 2 – Distribuição do grau de satisfação relativamente a áreas da vida conjugal.....	366

QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das respostas relativamente ao grau de satisfação conjugal.....	38
---	----

TABELAS

Tabela 1 – Sinais e Sintomas da Pós-Menopausa	16
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (n=34)	32
Tabela 3 – Distribuição da sintomatologia percecionada na pós-menopausa por grau de intensidade	324
Tabela 4 – Distribuição da sintomatologia percecionada na pós-menopausa agrupada pelos fatores somáticos, urogenitais e psicológicos.	32
Tabela 5 – Distribuição das respostas por grau de satisfação e áreas da vida conjugal.....	1602
Tabela 6 – Distribuição das respostas relativas à satisfação conjugal agrupadas por áreas.....	16
Tabela 7 – Correlação da MRS com a EASAVIC.....	39

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), integrada no 2.º ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvido em consórcio pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a ESS da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a ESS do Instituto Politécnico de Bragança, apresenta-se este Relatório Final de Estágio, com a finalidade de atribuição do grau de mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar (EEECAESF).

O ENPRF desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora (USFVA), no período de 2 de outubro de 2023 a 22 de março de 2024 e foi orientado pela Enfermeira Tutora, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, Enfermeira Sandra Carvalho, e orientação pedagógica da Professora Mestre, Especialista em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária Maria Cândida Cracel Viana, da ESS do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O presente Relatório é o resultado da investigação produzida e das atividades desenvolvidas no contexto do ENPRF, fundamentadas em referenciais teóricos de enfermagem especializada, enquanto parte estruturante do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista e competências específicas do EEECAESF, elaborado com pensamento crítico-reflexivo. Na sua construção utilizaram-se como guias orientadores, o documento “Orientações para elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional” (Brás, Carvalho & Morais, 2023), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho), emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

No ENPRF desenvolveram-se competências científicas, técnicas e humanas comuns ao enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e as competências específicas do EEECAESF, nomeadamente “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 enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Investiu-se, sobretudo, na formação, através de atividades de formação em serviço dirigidas à equipa de saúde e atividades de educação para a saúde dirigidas aos utentes/famílias/comunidade, na gestão dos recursos para garantir a prestação de cuidados adequada e nos registos de enfermagem inerentes à consulta de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a via de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são parte integrante do sistema de saúde português. Em Portugal, a área dos CSP experimentou uma profunda reforma nos últimos anos, evidenciando-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), como unidades que prestam cuidados de saúde individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, sendo que, no caso dos enfermeiros devem deter, pelo menos, o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei nº103/2023). O enfermeiro de saúde familiar tem vindo a ganhar relevo nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), destacando-se pelo seu perfil de competências específicas (Decreto-Lei n.º 118/2014).

A Enfermagem, tal como qualquer outra disciplina, requiere a construção, atualização e renovação constante do seu corpo de conhecimentos, o que só poderá ser assegurado pela investigação. Para a OE, a investigação em Enfermagem é crucial para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006). Neste âmbito, no decurso deste Estágio, desenvolveu-se um estudo de investigação na área da ESF. Após discussão e análise das necessidades da USFVA com a enfermeira tutora, foi selecionada uma área de interesse e o tema a estudar, a Pós-Menopausa e a Satisfação Conjugal, com o objetivo de analisar a relação da sintomatologia vivenciada na pós-menopausa com a satisfação conjugal, em mulheres inscritas na USFVA. Através da pesquisa bibliográfica, verificou-se que a relação entre a pós-menopausa e a satisfação conjugal é um tema pouco abordado na investigação em enfermagem. As particularidades da pós-menopausa, nomeadamente: ser fase integrante do Programa de Rastreio Oncológico; constituir uma transição de desenvolvimento, que ocorre na fase do envelhecimento feminino, sendo um período de grande vulnerabilidade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021); o impacto que se poderá refletir na saúde da mulher e na saúde familiar; e os contributos do enfermeiro de saúde familiar para uma vivência mais saudável desta fase, foram os principais motivos desta escolha.

Fazendo parte integrante do Estágio de Natureza Profissional, este Relatório tem como objetivos refletir de forma crítica sobre a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEECASF, bem como dar a conhecer a investigação realizada no âmbito do mesmo Estágio.

O presente documento encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, abordam-se os CSP e caracteriza-se o contexto da prática clínica, a USFVA, integrando-a na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). No segundo capítulo, apresenta-se o trabalho de investigação desenvolvido, iniciando-se pelos conceitos principais que enquadram e dão suporte à investigação, nomeadamente a pós-menopausa e a satisfação conjugal, evidenciando-se a sua relação, bem como o reconhecimento da ESF enquanto promotora de uma vivência mais saudável da pós-menopausa e, consequentemente, da satisfação conjugal. Engloba também, a metodologia utilizada, iniciando-se com a justificação da problemática, faz-se a apresentação, análise e discussão dos resultados, identificam-se as conclusões do estudo e os contributos para a prática clínica, bem como, as limitações e sugestões para a prática. No terceiro e último capítulo, efetua-se a análise sobre o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEECAESF, tendo por base o percurso formativo em contexto clínico.

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O presente capítulo apresenta a caracterização do contexto da prática em que foi realizado ENPRF, efetuando a sua contextualização na evolução dos CSP. O ENPRF desenvolveu-se na USFVA, tendo completado um total de trezentas e noventa (390) horas.

1.1. USF – UMA UNIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP constituem o contexto privilegiado de prática especializada da ESF. São considerados como cuidados de proximidade, garantia de acessibilidade e acompanhamento ao longo do ciclo vital das pessoas. Desta forma, têm como objetivo primordial dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de atividades específicas dirigidas a situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde (WHO, 2022). Nos termos da Lei de Bases da Saúde (2019), os CSP são o núcleo dos sistemas de saúde, devendo situar-se junto das comunidades. Segundo o Decreto-Lei nº 103/2023, os CSP são a base central do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente do SNS, desempenhando um papel essencial na garantia do acesso universal ao conjunto de cuidados. As USF surgem com o sentido de recentrar o sistema português de saúde nos CSP, com normas legais e operacionais e uma matriz organizativa orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade.

As USF, apresentam um regime jurídico instituído pelo Decreto-Lei nº103/2023, de 7 de novembro. São formadas por equipas voluntárias, auto-organizadas e multidisciplinares (médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros especialistas em saúde familiar e secretários clínicos), que prestam cuidados de saúde personalizados e dimensionados à população inscrita, com autonomia técnica e organizacional, regulada por um conjunto de instrumentos formais (Decreto-Lei nº103/2023). Têm como finalidade alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde (carta de compromisso contratualizada), apresentando um regime remuneratório sensível ao desempenho com um regime de incentivos (financeiros e institucionais), organizadas em dois modelos de desenvolvimento (B e C) (Decreto-Lei nº103/2023). Assumem-se assim como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, emergindo como contexto para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar. Os cuidados de saúde prestados são focados na

população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a sua acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade (Decreto-Lei nº103/2023). Neste contexto, pode dizer-se que as USF vieram introduzir um modelo inovador organizacional na prestação de CSP, contribuindo para uma melhor governação clínica e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nos CSP, as abordagens centradas no utente e família são a melhor forma de compreender a saúde, planear e implementar as intervenções necessárias relativamente aos problemas de origem social e aos estilos de vida. Esta abordagem de interação familiar, explorando relações interpessoais, com compreensão comportamental, permite uma melhor perceção, mais integrada, do conjunto de problemas, que surgem ao longo ciclo vital, no seio familiar em fase desenvolvimental, em situação de doença crónica e de dependência de um familiar, e tornam-se foco da intervenção da enfermagem especializada.

1.1.1. Unidade Local de Saúde do Alto Minho

A ULSAM, Entidade Pública Empresarial, constituiu-se pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro. A ULSAM é dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o SNS, e do atual Decreto-Lei 102, 2023, de 7 de novembro.

A ULSAM tem como missão a identificação e a resposta integrada das necessidades de saúde da população do distrito de Viana do Castelo, através da oferta de serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, otimizando os recursos, garantindo o respeito pela integridade e dignidade dos utentes e a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência. Como organização otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito de Viana do Castelo, a ULSAM eleva-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde (ULSAM, 2011).

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM e os seus colaboradores centram-se no cidadão e respeito pela dignidade humana, pela cultura do conhecimento como um

bem em si mesmo, pela cultura da excelência do cuidar e pela cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

De acordo com o Artigo 5.º do Regulamento Interno, a ULSAM tem como objetivos a obtenção de ganhos em saúde; a prestação de cuidados de saúde de qualidade; a eficiência e eficácia técnica; e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (ULSAM, 2011).

Como já referido, a área de influência da ULSAM cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo (coincidente com a atual Nomenclatura de Unidade Territorial III do Alto Minho), abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. O território abrangido tem uma superfície de 2.219 Km² e uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por Km², representando cerca de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Segundo os resultados dos Censos 2021, apresentava uma população residente de 231.266 habitantes, dos quais 11,2% são jovens com menos de 15 anos, 28,1% tem idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% integra a idade ativa, sendo o Índice de envelhecimento de 252 e o número de indivíduos em idade ativa por idoso é de 2,2, num universo de 90.8555 famílias (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

A prestação de CSP à população é garantida em 12 centros de saúde, num total de 38 Unidades funcionais: 17 USF Modelo B; 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 12 Unidades de Cuidados na Comunidade; e 1 Unidade de Saúde Pública (ULSAM, 2023)

1.1.2. Unidade de Saúde Familiar do Vale do Âncora

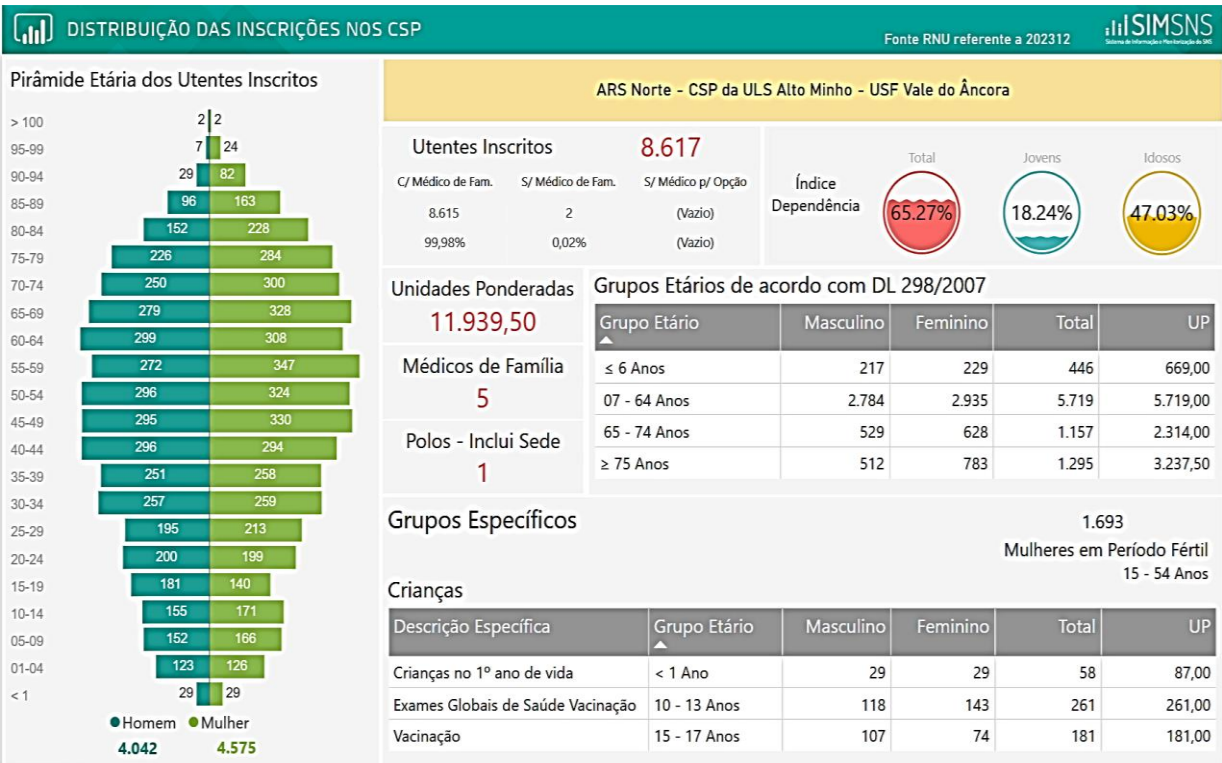
A USFVA é uma USF Modelo B e parte integrante da ULSAM, iniciando a sua atividade no dia 31 de dezembro de 2008. É constituída por uma equipa multiprofissional, composta por cinco médicos de medicina geral e familiar, dois internos da mesma especialidade, cinco enfermeiros, sendo dois especialistas, um em Enfermagem Comunitária e outro em EEECAESF, e quatro secretários clínicos, organizados por cinco equipas de Saúde Familiar. A USFVA é responsável pela prestação de CSP a utentes inscritos residentes nas freguesias de Âncora, Vila Praia Âncora, Moledo, Vile, Riba de Âncora, Gondarém e Orbacém, que integram o Concelho de Caminha, e nas freguesias

de Afife, Freixieiro de Soutelo e Amonde, que integram o Concelho de Viana do Castelo (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023).

O Índice de Desempenho Global a atingir proposto pela unidade é de 92.99, resultante do Plano de Ação negociado, com enfoque no plano de melhoria e com os seguintes objetivos: melhorar a proporção de consultas realizadas pelo enfermeiro de família; melhorar o acesso à USF por via telefónica; garantir boas práticas na prescrição de MCDT's e Medicamentos; e melhorar o acompanhamento dos utentes diabéticos, hipertensos e intervenção nos utentes com consumo de tabaco e álcool em excesso (USFVA, 2023).

A USFVA tinha à data de 31 de dezembro de 2023, 8617 utentes inscritos a que correspondem 11.939,50 unidades ponderadas (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023), como se pode observar na figura 1, dando cobertura a um total de 3681 famílias.

Figura 1 – Distribuição de utentes inscritos na USF Vale do Âncora.



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2023.

Observando a pirâmide etária, é possível verificar que o grupo que compreende as mulheres entre os 55 e os 59 anos representa a faixa com mais inscritos do sexo feminino, e que as mulheres na faixa etária dos 50 aos 70 anos representam 30,79% das mulheres inscritas na USFVA. É também importante referir que também na ULSAM, no final de 2023, o maior número de utentes inscritos eram mulheres que se encontram na faixa etária dos 50 aos 69 anos, perfazendo um total de 37.364 mulheres inscritas.

Ora, estes indicadores refletem a importância de um investimento da equipa de enfermagem na Saúde da Mulher em geral e, em particular, da mulher que se encontra na pós-menopausa, tendo sido mais um impulsionador para a escolha do tema do estudo de investigação que se apresenta no capítulo 2. Relativamente à equipa de Saúde Familiar onde se realizou o ENPRF, tinha à data de 31 de dezembro de 2023, um total de 1859 utentes, perfazendo 769 famílias. As mulheres inscritas nesta equipa com idade superior a 50 anos perfazia um total de 506, correspondente a cerca de um quarto do total de utentes inscritos.

2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Um estudo de investigação é um processo sistemático e rigoroso que tem como objetivo pesquisar sobre um tema específico, a fim de gerar conhecimento novo e contribuir para o avanço do campo de estudo em questão (Vilelas, 2022). Com este estudo pretende-se dar resposta ao objetivo traçado pelo consórcio para o ENPRF: “Concretizar o estágio e relatório final sobre temática pertinente, baseado na evidência, ou sobre aspetos teóricos que levem ao desenvolvimento do conhecimento em ESF” (Brás, Carvalho & Morais, 2023).

2.1. NOTA INTRODUTÓRIA

Ao longo da história da Enfermagem, verifica-se que o interesse pelo bem-estar das famílias, e dos seus membros individuais, e o interesse pela investigação de enfermagem às famílias e pela enfermagem de família, tornaram-se focos importantes para a profissão (Hanson, 2005). Os estudos de investigação são essenciais para o desenvolvimento de uma base científica para a prática de cuidados de enfermagem, na medida em que levam a práticas baseadas em evidência, contribuindo para a tomada de decisão e melhoria da qualidade de cuidados, e também, promovem o progresso da profissão. No decurso deste estágio procurou-se, também, produzir e desenvolver evidência científica através da investigação em ESF. Após avaliação da pirâmide etária e pesquisa bibliográfica, um tema na área da saúde da mulher, relacionado com a sintomatologia vivenciada no período pós-menopausa e a sua satisfação conjugal, pareceu pertinente como temática de estudo. A pós-menopausa é um marco importante no ciclo de vida feminino assinalado pelo período posterior à transição de uma fase fértil e reprodutiva para um estado não reprodutivo. A sintomatologia característica desta fase provoca alterações físicas e emocionais na saúde da mulher, que poderá ter impacto na saúde familiar, nomeadamente na satisfação conjugal. É, portanto, um fenómeno que ocorre na fase do envelhecimento feminino, uma transição de desenvolvimento na vida da mulher, sendo um período de grande vulnerabilidade, isto é, um processo que leva à integração das mudanças no modo de viver com consequente (re)definição e (re)orientação do modo de ser e estar de quem a vive (Meleis et al., 2000). Esta transição poderá resultar numa mudança na direção do processo relacional, e também na identidade, papel, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função e dinâmica da mulher e, consequentemente, do casal (Meleis, 2007). A satisfação conjugal centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, que

vão sofrendo transformações ao longo da vida do casal, maioritariamente associados à forma como este se adapta às transições dos seus elementos (Figueiredo, 2012). Desta forma, a pós-menopausa é o período posterior à menopausa, sendo esta última uma transição na vida da mulher. Torna-se, por este motivo, num desafio para o EEESCAESF que deve capacitar as mulheres com o conhecimento antecipado sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação, facilitando este processo para a mulher e a sua família. Com este estudo, pretende-se responder à seguinte questão de investigação: “Qual a relação entre a sintomatologia vivenciada pela mulher no período pós-menopausa e a sua satisfação conjugal?”.

O estudo de investigação está estruturado da seguinte forma: inicia-se com o enquadramento teórico, onde é efetuada uma revisão da literatura relativa à pós-menopausa como processo de transição na vida da mulher e possível interferência na satisfação conjugal e aborda-se o papel do EECAESF nesta fase de vida; segue-se a metodologia do estudo, na qual, partindo-se da questão de investigação, dão-se a conhecer os objetivos e a finalidade do estudo, o tipo de estudo, as hipóteses e variáveis, a população e amostra, descreve-se o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e a recolha e tratamento de dados; de seguida apresentam-se os resultados, discutem-se e analisam-se os resultados e evidenciam-se as conclusões do estudo; por fim, faz-se uma reflexão sobre o contributo deste estudo para a prática clínica do EECAESF.

2.1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A conceptualização da investigação consiste em definir os elementos de um problema revestindo-se de uma grande importância, uma vez que concede ao processo de investigação uma orientação e um objetivo (Fortin, 2009). Para a abordagem do tema a estudar, é necessário um enquadramento de conceitos que o envolvam, de forma organizada e sistemática, ou seja, o desenvolvimento de teoria. Segundo Vilelas (2022), em ciências da saúde utiliza-se vulgarmente o termo estado de arte, desta forma parece importante esclarecer que este conceito tem por finalidade situar como se encontra o tema ou objeto de investigação no estado atual da ciência, o que requer consulta a documentos substanciais afeitos à construção do objeto de investigação. Portanto, a finalidade é delimitar, clarificar e caracterizar o objeto de estudo, por meio de uma análise

bibliográfica seletiva, restrita ao estudo e parâmetros próximos às especificidades do interesse do investigador (Vilelas, 2022).

2.1.1. Pós-Menopausa e Climatério

A área de atenção, para a realização deste estudo, é a fase pós-menopausa, uma das fases do climatério. O climatério é o período de transição na vida da mulher, caracterizado por um declínio progressivo da função ovárica, associado, com frequência, a um conjunto de sinais e/ou sintomas, assim como, a irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros. É dividido em três fases: pré, peri e pós-menopausa (SPG, 2021).

Segundo a SPG (2021), a menopausa é o momento em que ocorre a última menstruação, isto é, identifica-se após um ano de amenorreia sem outra causa identificada. Habitualmente, ocorre entre os 45 e 55 anos. Considera-se menopausa precoce quando ocorre entre os 40 e os 45 anos, e menopausa tardia quando ocorre depois dos 54 anos. Porém, segundo a SPG, citando Baber et al. (2016), nos países europeus, o estabelecimento da menopausa ocorre em média aos 51 anos de idade. A menopausa denomina-se por iatrogénica, quando surge como consequência da perda folicular ovárica, por causas médicas, como seja a quimioterapia e a radioterapia ou menopausa cirúrgica (por ooforectomia). Fisiologicamente, é um estado que resulta do gradual declínio da função ovárica, que por sua vez tem origem num conjunto de eventos que ocorrem em conjunto com a diminuição da produção hormonal, a nível cerebral da hormona luteinizante (LH) e da hormona folículo-estimulante (FSH) e ovárico (estrogénio e progesterona). A confirmação da menopausa pode ser efetuada através da análise dos doseamentos séricos da FSH, que será superior a 40 mUI/ml, e do estradiol, que será inferior a 20-30 mg/ml (Harlow et al., 2012). Esta confirmação avalia em qual das fases do climatério a mulher se encontra: pré, peri e pós-menopausa. No que concerne à pré-menopausa, de um modo geral, compreende o período desde a idade fértil até à menopausa, mas mais restritamente caracteriza-se pelo período temporal entre alterações no capital folicular, e consequente decadência das funções ováricas, e a menopausa. Por sua vez, a peri-menopausa, também denominada por transição menopáusica, caracteriza-se pelo intervalo de tempo variável, iniciado aquando da alteração do padrão menstrual e estendendo-se até um ano após a menopausa. Ressalva-se, ainda, que quando existe sintomatologia, é exacerbada neste período. Por último, um ano após a última

menstruação, inicia-se a pós-menopausa. A mesma pode ser dividida em dois períodos, precoce (até seis anos após a última menstruação) e tardia (nos restantes anos, até à morte) (SPG, 2021).

Desta forma, a pós-menopausa é o período que procede ao acontecimento fisiológico que é a menopausa, ao qual estão associados um conjunto de alterações hormonais que interferem com o bem-estar físico e emocional, a vida quotidiana, familiar e profissional. Apresenta-se como um período de transição com grandes mudanças para a mulher, sendo um processo natural e bem determinado (Tomás et al., 2018; WHO, 2015).

2.1.2. Sinais e Sintomas da Pós-Menopausa

No ano de 2001 foi concretizado o Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), em que cientistas de todo o mundo se reuniram para discutir e apresentar pesquisas sobre o envelhecimento reprodutivo, com o objetivo de uniformizar a nomenclatura do ciclo de reprodução feminino. Este evento permitiu obter uma classificação consistente do status da menopausa para estudos de mulheres na meia-idade e fornecer diretrizes para o tratamento e manutenção da saúde reprodutiva nas mulheres. Pesquisas realizadas nos 10 anos subsequentes a este evento demonstraram avanços no conhecimento das mudanças críticas da função hipotálamo-hipofisária e ovárica que ocorrem antes e depois do período menstrual final. Esses avanços foram tema de uma nova reunião de acompanhamento denominada “STRAW +10”, da qual surgiu uma nova atualização dos critérios do STRAW (Harlow et al., 2012). O STRAW +10 dividiu a vida adulta feminina em três grandes fases: reprodutiva, transição menopáusica e pós-menopausa. Na tabela 1, encontram-se representados os estádios relativos à pós-menopausa, que resultaram da atualização do sistema de estadiamento do STRAW +10, e a sintomatologia dividida em dois tipos, manifestações precoces e manifestações tardias, segundo a circular informativa nº 1/2011 da Administração Regional de Saúde do Norte (Furtado et al., 2011).

Tabela 1 – Sinais e Sintomas da Pós-Menopausa.

Pós-Menopausa				
	Estádios STRAW 10+	Duração	Características Descritivas	Sintomatologia
Precoce	+ 1a	2 anos	• Níveis de FSH variáveis, mas elevados; • Níveis de HAM baixos; • Níveis de Inibina B baixos; • Muito baixa contagem de folículos antrais.	<u>Relacionada com a flutuação dos níveis de estrogénios:</u> • Amenorreia • Irregularidades menstruais • Perturbações vasomotoras • (calores, afrontamentos, suores noturnos) • Perturbações do sono • Perturbações do humor • (irritabilidade, angústia, estados depressivos)
	+ 1b		Sintomatologia vasomotora mais provável.	
	+ 1c	3-6 anos	• Níveis de FSH estabilizam; • Níveis de HAM muito baixos; • Níveis de Inibina B muito baixos; • Muito baixa contagem de folículos antrais	
Tardia	+ 2	Até ao fim de vida	Agravamento dos sintomas de atrofia urogenital.	<u>Relacionada com a carência de estrogénios:</u> • Alterações cutâneas • (rugosidade, perda de elasticidade, da espessura e da resistência da pele) • Perturbações genitais • (secura vaginal, dispareunia, disfunção sexual) • Perturbações urinárias • (cistite, urgência miccional, incontinência urinária) • Alterações cerebrais • (aumento do risco das D. de Alzheimer e AVC, deficit de concentração, perda da memória recente) • Doenças cardiovasculares • (aumento de risco de Enfarte Agudo do Miocárdio) • Osteoporose

Nota: AMH – hormona anti-Mülleriano; FMP – período menstrual final; FSH, hormona folículo-estimulante.

Fonte: Harlow et al., 2012

Segundo a Administração Regional de Saúde do Norte, a carência hormonal provocada pela falência ovárica, fisiológica ou iatrogénica, desencadeia na mulher um conjunto de sintomas vasomotores, cardiovasculares, emocionais/mentais/psicológicos, urogenitais, músculo-esqueléticos e um conjunto de sinais, como alterações dos ciclos menstruais e alterações da imagem corporal com o aumento de peso, o aumento do perímetro abdominal e alteração da pele e do cabelo, que irão condicionar o estado de saúde geral dessas mulheres (Furtado et al., 2011). Também no aspeto psicossocial, a

vivência da pós-menopausa pode coincidir com a necessidade de reestruturar a relação conjugal, por poder coincidir com a saída dos filhos de casa e/ou com o envelhecimento dos pais que podem começar a necessitar de cuidados (Baltazar, 2011). De ressaltar, que cada mulher é ímpar, podendo vivenciar a pós-menopausa de forma única, com variações de sintomatologia e intensidade da mesma. Assim, existem mulheres que passam por esta transição sem grande desconforto e mulheres que apresentam grandes dificuldades em lidar com os sintomas, podendo necessitar de cuidados terapêuticos. A presença e a intensidade da sintomatologia dependem de vários fatores como, o estilo de vida, a genética, a raça, bem como fatores ambientais e antropométricos (Davis et al., 2015).

Posto isto, pode-se concluir que a pós-menopausa é uma transição potenciadora de provocar na mulher, de forma mais ou menos intensa e de maior ou menor durabilidade, alterações significativas do seu bem-estar físico, emocional e psicossocial. Como sendo um fenómeno que ocorre na fase do envelhecimento feminino, corresponde a uma transição de desenvolvimento biológico na vida da mulher, correspondendo a um período de grande vulnerabilidade e particular fragilidade. Ao designar a pós-menopausa como uma transição de desenvolvimento, importa invocar a Teoria das Transições como suporte teórico e contributo para a realização deste estudo e intervenção de ESF.

2.1.3. Pós-Menopausa – Uma Transição de Desenvolvimento

A palavra transição deriva do latim *transitióne* e significa o ato ou efeito de passar de um lugar ou estado para outro (Meleis, et al., 2010). Uma transição é um processo de mudança nos estádios de desenvolvimento de vida, nas alterações sociais e nas alterações de saúde. A teoria das transições foi desenvolvida pela enfermeira e investigadora egípcio-americana Afaf Ibrahim Meleis, e explica que as transições levam a mudança em questões de saúde, papéis sociais, expectativas e projetos de vida, bem como alteração das capacidades e gestão de respostas humanas, e impõe a quem a vive a incorporação de novos conhecimentos, a modificação de comportamentos, a redefinição de significados associados aos acontecimentos e em consequência alteração da autodefinição no contexto social (Meleis, 2010). Meleis (2010) desenvolveu a teoria de médio alcance, construindo um modelo conceptual que consiste na descrição da natureza das transições em tipos, padrões e propriedades, nas condições facilitadoras e inibidoras de transição, que podem ser pessoais, da comunidade e da sociedade, nos padrões de resposta que incluem os indicadores de processos e de resultados e nas intervenções terapêuticas de enfermagem

que são influenciadas pela natureza, pelas condições e pelos padrões de resposta às transições, que consideram permitir uma visão mais aprofundada acerca das transições.

Relativamente à sua natureza, segundo esta teoria, as transições podem ser do tipo desenvolvimental (relativas a mudanças no ciclo vital), situacional (relativas a acontecimentos que levam a alterações de papéis), saúde/doença (passagem de bem-estar para situação de doença) e organizacional (relativas ao ambiente). Durante os períodos de transição, e da instabilidade que deles decorrem, sejam transições de desenvolvimento, situacionais ou de saúde/doença, podem surgir diversas alterações, tanto na vida da própria pessoa, como para os demais que estabelecem relações sociais e afetivas com a mesma (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2010), consideram transições de desenvolvimento a passagem da infância para a adolescência, a parentalidade e o envelhecimento que inclui fenómenos como a pós-menopausa e a aposentação. A mulher na pós-menopausa é confrontada com o envelhecimento gradual do seu corpo e consequente alteração da sua imagem, o que pode traduzir-se em alterações das suas capacidades físicas e psicológicas (autoconfiança e autoestima), bem como a nível das relações sociais e afetivas e até na capacidade laboral ou, simplesmente, no quotidiano feminino (Duarte, 2010). O envelhecimento é a última transição de desenvolvimento do ciclo vital, também denominada por Relvas (1996) como fase de acordeão, por se caracterizar pela entrada e saída de membros na família (saem os filhos de casa, entram novos membros - genros, noras e netos, podem entrar e sair pais por situações de doença ou dependência), e corresponde a uma fase de reestruturação conjugal enquanto lidam simultaneamente com o envelhecimento. Portanto, o envelhecimento feminino, com tudo o que esta fase de vida traduz, associado a mudanças a nível familiar, por si só, são possíveis geradores de stress e instabilidade para o bem-estar da mulher e, consequentemente, da sua família.

Para Meleis (2010), todas as transições, por representarem mudanças do estado de saúde, de alterações de papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades, podendo processar-se tanto a nível individual como familiar, abrangem o domínio da enfermagem. Pela sua acessibilidade, proximidade, conhecimento e competências específicas, os EEECAESF são os profissionais de saúde de primeira linha, que prestam cuidados às famílias e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas suas transições, tornando-se, deste modo, nos profissionais melhor posicionados e capacitados para apoiar a mulher e família no processo de transição da pós-menopausa. A ligação,

conhecimento e compreensão que têm dos membros individuais e do todo familiar, da sua dinâmica, das suas forças, fraquezas e recursos, confere ao EEECAESF responsabilidade de capacitar e facilitar a resposta da mulher e família a este complexo processo de transição. Desta forma, as transições são de suma importância para a Enfermagem, quando as respostas a este processo são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2013). Baseando-se nestes conceitos, pode-se assumir que a menopausa, e por consequência a pós-menopausa, são períodos de transição e de maior vulnerabilidade para a mulher.

Como síntese, pode-se afirmar que a pós-menopausa corresponde a uma transição desenvolvimental inerente ao ciclo vital feminino, em que se verificam significativas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Poderá constituir um período crítico do desenvolvimento da mulher, que a fragiliza e vulnerabiliza, afetando o seu bem-estar e, consequentemente, estender-se ao ambiente familiar, com particular reflexo na área da satisfação conjugal. Além disso, pode coincidir, em alguns casos, com outras transições no sistema familiar, que potenciam ainda mais o risco da alteração do bem-estar da mulher, do subsistema conjugal e do sistema familiar como um todo, e, como tal, é importante que os enfermeiros de saúde familiar se interessem e dediquem especial atenção a esta última fase do ciclo vital feminino e, mais particularmente a este fenómeno, que requer uma abordagem individual e familiar abrangente e sistémica.

2.1.4. O Sistema Familiar e a Satisfação conjugal como Área de Atenção da Enfermagem de Saúde Familiar

O conceito de família foi variando ao longo do tempo, tendo em atenção aspetos legais (relações estabelecidas pela lei), biológicos (relações estabelecidas pela rede genética), sociológicos (relações estabelecidas pela coabitação) e psicológicos (relações estabelecidas por laços emocionais) (Hanson, 2005). O ciclo de vida do indivíduo desenvolve-se dentro de um ciclo de vida familiar, o qual constitui o contexto primário do desenvolvimento humano, sendo a família definida pelas relações que aí se estabelecem. As famílias organizam-se através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções de acordo com as expectativas sociais (Relvas, 2004). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019), a família consiste numa unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais

ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes. Por sua vez, a WHO (2000) reconhece a importância da família como um ambiente de suporte e proteção para a saúde e bem-estar dos seus membros, sendo que uma alteração na estabilidade deste ambiente pode afetar a saúde familiar.

A saúde familiar é caracterizada “pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família” (Ferreira, et al., 2020). A saúde da família integra a saúde dos seus membros e a interação da saúde de cada um com o todo, e reflete a influência de fenômenos biopsicossociais e contextuais (International Family Nursing Association, 2015). Para Hanson (2005), 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” (p. 7). Segundo Barbiani e Schaefer (2016), a ESF é a área que cuida das necessidades das famílias subjacentes à prática de enfermagem, podendo estes profissionais focar-se na família como contexto (indivíduo em primeiro e família em segundo plano), na família como cliente (família em primeiro e indivíduo em segundo plano), na família como um sistema (foco na família como um todo e nas interações familiares) ou na família como um componente da sociedade (a família é vista como uma instituição da sociedade). A ESF é um emergente e fundamental campo disciplinar de estudo e desenvolvimento de teorias para melhor conhecimento e compreensão da família e da saúde familiar como alvo de intervenção de enfermagem (Barbiani e Schaefer, 2016). Importa para este estudo a designação de família como um sistema, pela importância da interação da mulher/família com o sistema de saúde para amenizar as possíveis consequências da pós-menopausa na satisfação conjugal.

No século XX, com Ludwig Von Bertalanffy surge a Teoria Geral dos Sistemas. Bertalanffy define sistema como um conjunto de elementos que interagem entre si, e distingue sistema aberto, aquele que interage com o meio ambiente, de sistema fechado, o que se encontra isolado do meio ambiente (Bertalanffy, 1968/2014). Esta teoria é uma das fontes teóricas que mais influencia a ESF, e considera a família como um sistema, composto por indivíduos interdependentes e em interação, em que a mudança em um dos elementos origina mudança nos restantes e também na estrutura interacional do sistema como um todo – princípio da globalidade – e assume que o sistema familiar é diferente e maior do que a soma das suas partes (Figueiredo, 2012). O *Modelo ou Pensamento Sistémico*, como referencial epistemológico para a ESF, emergiu, não apenas da teoria geral dos sistemas, mas também da cibernética (que estuda o funcionamento dos sistemas)

e da teoria da comunicação humana (que estuda a interligação e inter-relação entre os subsistemas). O pensamento sistémico permite a compreensão de que o sistema familiar está em permanente processo de mudança como consequência do *feedback* positivo ou negativo obtido dos seus elementos e do ambiente, por alterações de comportamento por forma a evoluir e a encontrar o equilíbrio e estabilidade (homeostase), compreendendo também o conceito de equifinalidade, tratando-se de uma característica do sistema familiar que corresponde ao facto de funcionar em torno da concretização de uma finalidade ou objetivo comum (Hanson, 2005). Sendo a família uma unidade sistémica com funções sociais, é um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde, e é no sistema familiar que se constroem, desenvolvem e organizam valores que poderão ou não corresponder a comportamentos de promoção de saúde (Figueiredo [coord.], 2023). Segundo Figueiredo (2012), o sistema familiar é a estrutura formativa e de desenvolvimento de valores, atitudes e capacidades dos seus elementos, que sustentam as competências do sistema como um todo, assentando em processos de comunicação como sendo o fator essencial para o seu equilíbrio, estabelecendo, em simultâneo, ligação com os sistemas mais amplos, o que contribui para o equilíbrio social. É, portanto, dinâmico, estruturado em subsistemas e organizado em hierarquias que se influenciam interna e externamente num sistema aberto onde as influências são mútuas e em constante relação e comunicação com supra-sistemas, que vão desde a família alargada até à comunidade e sociedade; ou seja, a família é um sistema formado por subsistemas e integrado noutros sistemas mais amplos, os supra-sistemas. Os processos interacionais e interdependentes dos elementos da família levam a um contexto familiar de coesão e covariação, formando um todo em funcionamento. Deste modo, qualquer alteração ao sistema familiar afeta tanto as partes como o todo e ambos tendem a promover a mudança no sentido de encontrar o equilíbrio da dinâmica familiar (Figueiredo, 2012). Cada elemento do sistema familiar pode ser identificado, ele próprio como um subsistema, bem como outros subgrupos com mais do que um elemento, como sejam os casos do subsistema conjugal e o fraternal, podendo ser identificados pelo sexo, pela geração, pela hierarquia ou funções que desempenhem, como no caso do subsistema parental. A área de atenção do presente estudo dedica-se ao subsistema conjugal que, como referido anteriormente, corresponde a um subgrupo inserido no sistema familiar e noutros supra-sistemas, os quais influencia e pelos quais também é influenciado, como sistemas abertos em interação, sendo que uma mudança num dos elementos, provocará alterações no outro, caracterizando a sua interdependência (Lopes, 2012).

O subsistema conjugal é influenciado por diversos fatores, como sejam a paixão, a intimidade, o compromisso, o contexto real individual do casal e os recursos internos de resposta às pressões, o que provoca constantes flutuações na relação (Rizzon et al., 2013). A relação conjugal alterna entre momentos de afetividade positiva e negativa, não é constante ou invariável, pelo contrário, constrói-se de variadas experiências, estados de humor, prazer e sofrimento, sofrendo transformações ao longo do tempo, que não podem ser atribuídas apenas a características individuais, mas também a mudanças sociais que influenciam a forma como cada indivíduo vê e está na relação (Presado, 2013). Para Scorsolini-Comim e Santos (2010), a relação conjugal refere-se a uma relação amorosa íntima entre duas pessoas, influenciada por diversos fatores, entre os quais a intimidade (física e emocional) e a sexualidade conjugal, que constituem os pilares principais da avaliação positiva realizada pelo casal sobre a relação, sendo esta avaliação designada por satisfação conjugal.

O dicionário infopédia da Língua Portuguesa, da Porto Editora (2025), define satisfação como “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, sentimento de contentamento, alegria, prazer.” Para Narciso (2001), a satisfação entende o bem-estar como sentimento de fundo, refletindo uma avaliação positiva do outro e da relação, sendo a satisfação conjugal influenciada por fatores contextuais e pessoais que, embora sejam mais periféricos ao casal, também o afetam. O sentimento de satisfação conjugal associa-se à avaliação individual que cada membro do casal faz da sua relação conjugal. Narciso, Santos e Ribeiro (2010) consideram que o bem-estar corresponde ao sentimento de satisfação conjugal, ou seja, o gostar de estar na relação e o querer continuar nela, dependendo da forma como cada membro do casal avalia subjetivamente esta satisfação. A relação conjugal, e, por conseguinte, a satisfação com a mesma, é um fenómeno complexo, no qual intervêm diversas variáveis, como valores, interesses, necessidades, nível socioeconómico, características de personalidade, cultura onde se está inserido, experiência sexual, confiança, respeito mútuo, comunicação honesta, sensibilidade aos sentimentos do outro e boa resolução de conflitos (Norgren et al., 2004). As características de personalidade dos cônjuges, as experiências que trazem das suas famílias de origem, a forma como constroem a relação a dois, a forma como o afeto é transmitido e percebido e a fase do ciclo vital em que o casal se encontra, são variáveis que compõem a satisfação conjugal (Wagner e Falcke, 2001). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2015, esta implica a “continuidade na realização dos desejos,

emoções gratificantes ou acordo entre os parceiros de um casamento ou casais de uma família” (ICN, 2016, p. 81). Figueiredo (2012), refere que os processos de conjugalidade sofrem alterações ao longo do ciclo de vida do casal, comumente associados à forma como se adapta às transições dos seus elementos, enquanto subsistemas individuais, sendo a satisfação conjugal parte integrante da avaliação familiar. Pode-se assim entender, que a existência de alterações provenientes da pós-menopausa pode interferir no bem-estar da mulher e, conseqüentemente, na sua satisfação conjugal, refletindo-se na satisfação do casal como um todo e em cada um dos seus membros individualmente. Sendo a satisfação conjugal resultante do processo relacional de um sistema familiar, que compreende também subsistemas individuais, é, sem dúvida, um importante foco de avaliação e intervenção para a ESF, uma vez que, nos CSP, o EEECAESF é o profissional com conhecimento especializado e que estabelece contacto de proximidade com a pessoa e família.

O presente estudo incide a sua atenção e o seu foco de ação no sistema familiar conjugal face a transição desenvolvimental de um dos seus membros, que se pode tornar complexa e até cumulativa com outras igualmente complexas, o que legitima elevada importância, interesse e atenção para a intervenção do EEECAESF, e, por esta razão, os modelos teóricos que servem de suporte à sua construção, são fundamentalmente a Teoria das Transições de Meleis, no que concerne ao membro da família que passa por esta transição, o Modelo ou Pensamento Sistémico, com particular suporte no princípio da globalidade, e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

2.2. METODOLOGIA

Para Fortin (2009) a metodologia é “um processo sistemático de recolha de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, no mundo que é acessível aos nossos sentidos” (p. 5). No mesmo sentido, Vilelas (2022), considera a metodologia como “a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa” (p. 95). Neste subcapítulo serão abordados os aspetos metodológicos que serviram de suporte para a realização deste estudo.

Assim, descrevem-se e fundamentam-se as etapas do estudo, iniciando-se pela identificação da questão de investigação e definição dos objetivos e finalidade do estudo, seguida da apresentação do tipo de estudo, identificação da população e amostra,

identificação das hipóteses e variáveis em estudo, apresentação dos instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento de dados e, por último, as questões éticas presentes na realização deste estudo.

2.2.1. Questão de Investigação

A temática deste estudo de investigação surge de uma preocupação pessoal e profissional sobre a Saúde da Mulher, em geral, que foi crescendo ao longo do curso de mestrado em EEECAESF, e em particular sobre a Pós-Menopausa, que se definiu no início do ENPRF. Através da análise das pirâmides etárias do contexto clínico onde se realizou o estágio, verificou-se que as mulheres nas faixas etárias entre os 50 e os 70 anos correspondiam 30,79% das mulheres inscritas na USFVA, levando à procura de números demográficos nacionais. Segundo o INE (2022), em Portugal, as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos constituem os grupos etários com maior número de residentes no país. Esse dado evidencia a importância de direccionar a intervenção do EEECAESF para essa faixa etária feminina, ressaltando a relevância de discutir mais sobre a pós-menopausa durante as consultas. É também uma área de interesse pessoal, pela aproximação da vivência desta fase e pela vivência desta etapa de vida por familiar. A reflexão sobre o exposto conduziu ao tema pós-menopausa e ao possível impacto desta na saúde familiar, especificamente na satisfação conjugal, pelo facto do casal ser um subsistema do sistema familiar. A temática foi partilhada e analisada com a enfermeira tutora, verificando-se ser um trabalho de interesse e pertinência para a USFVA, podendo constituir um estudo capaz de produzir evidência, com vista a práticas de excelência, integrando a melhoria da qualidade de cuidados, e também ser promotor de literacia em saúde. Visto que a fase da pós-menopausa é caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social da vida da mulher, afetando o seu bem-estar, e que carece de atenção por parte da área da saúde em geral, pode-se considerar que este tema se integra no objetivo da Direção Geral de Saúde (DGS), que tem por finalidade investir sobretudo na promoção da saúde e na prevenção da doença, para o alcance de mais e melhor saúde e bem-estar em todo o ciclo de vida de forma sustentável, sem descurar ninguém, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras, segundo consta no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Freitas [coord.], 2022). Estes pressupostos levaram à formulação da questão de investigação “Qual a relação entre a sintomatologia vivenciada pela mulher no período pós-menopausa e a sua satisfação conjugal?” que, para Fortin (2009), é “uma

interrogação, precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se pretende tomar” (p.53).

A questão de investigação do presente estudo, foi o fio condutor para a pesquisa bibliográfica, que se baseou nos termos de busca, verificados no descritor em ciências da saúde DeCS/MeSH, “postmenopause” AND “conjugal satisfaction” AND “family nurse practitioners”, nas bases de dados B-on®, PubMed® e Scielo®. Com esta pesquisa verificou-se que não existem estudos que relacionem as três palavras-chave. O facto de não existirem artigos científicos que mencionem o período pós-menopausa, a satisfação conjugal e enfermeiro de saúde familiar, poderá tornar o presente estudo pioneiro na área e potencial contributo para a ESF. Por esta razão, para a realização do enquadramento teórico, foi necessária uma pesquisa isolada dos conceitos e temáticas. Para tal, optou-se por uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de contextualizar e dar suporte ao estudo relativamente à conceptualização dos termos e das áreas envolvidas, procurando relacioná-las entre elas. Segundo Vilelas (2022), a revisão narrativa da literatura utiliza-se com vista a adquirir e atualizar conhecimentos relativamente a determinado tema, com a intenção de descrever o estado da arte sob o ponto de vista teórico e contextual, sobre uma matéria específica num curto período de tempo. Neste tipo de revisão não é necessário descrever o processo de pesquisa da literatura, a forma de seleção dos artigos, nem a avaliação da qualidade dos estudos, estando, porém, sujeita a um maior número de viés (Vilelas, 2022).

2.2.2. Finalidade e Objetivos

Segundo Vilelas (2022), o objetivo da investigação “determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa” (p. 94). Desta forma e tendo em conta a questão de investigação definiu-se como objetivo geral: analisar a relação da sintomatologia vivenciada na pós-menopausa com a satisfação conjugal, em mulheres inscritas na USFVA. Para dar resposta ao objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os sintomas e grau de intensidade percecionados pelas mulheres a vivenciarem a pós-menopausa;
- Identificar o grau de satisfação conjugal por áreas da vida conjugal;

- Relacionar a sintomatologia vivenciada no período pós-menopausa com a satisfação conjugal.

Sabendo que a saúde dos membros individuais da família afeta a saúde de toda a família e vice-versa, considera-se que os resultados deste estudo poderão concretizar a finalidade do mesmo ao contribuir para que os enfermeiros de saúde familiar reflitam sobre esta temática, no sentido de discutir sobre as políticas de saúde que apoiam as mulheres/famílias nesta fase da vida e, desta forma, implementarem intervenções de enfermagem com intuito de minorar a sintomatologia e melhorar a área da satisfação conjugal na mulher, como individuo, e na família, como um todo.

2.2.3. Hipóteses e Variáveis em Estudo

As hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema da investigação e que poderão ser confirmadas ou rejeitadas com a evolução da pesquisa. Estas são um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis e provém da observação de fenômenos na realidade, seja da teoria ou de trabalhos empíricos (Fortin, 2000). Para o presente estudo, formularam-se as seguintes hipóteses:

- H_0 – A satisfação conjugal das mulheres não varia com a sintomatologia percebida no período pós-menopausa.
- H_1 – A satisfação conjugal das mulheres varia com a sintomatologia percebida no período pós-menopausa.

Fortin (2009) refere-se a variáveis como as qualidades, propriedades ou características dos elementos que se encontram em investigação, sejam pessoas, objetos ou situações. No estudo em questão encontram-se as variáveis de atributo, relativas a características sociodemográficas e profissionais das participantes, a variável independente, como sendo a sintomatologia na pós-menopausa, e a variável dependente, identificada como a satisfação conjugal. Segundo a mesma autora (Fortin, 2009), a variável dependente é aquela cujo comportamento se quer averiguar em função das oscilações das variáveis independentes, sendo que neste estudo é a satisfação conjugal, e as variáveis independentes são aquelas que afetam o efeito da variável dependente e permitem ser observadas ou manipuladas para se averiguar a relação entre as variáveis, sendo no presente estudo a sintomatologia pós-menopausa. A operacionalização das

variáveis em estudo foi baseada nas Escalas MRS e EASAVIC, que avaliam a sintomatologia percebida pelas mulheres na pós-menopausa e a satisfação em áreas da vida conjugal respetivamente. No apêndice I, descreve-se a operacionalização detalhada das variáveis em estudo.

2.2.4. Tipo de estudo

No presente estudo, a metodologia de investigação escolhida é a quantitativa. Para Vilelas (2022), a investigação quantitativa permite que tudo pode ser quantificável, isto é, “que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas” (p. 197), sendo possível a descrição e explicação do fenómeno a estudar. É um estudo de carácter observacional, uma vez que não existe intervenção na população alvo com manipulação de variáveis. Os estudos observacionais podem ser descritivos ou analíticos. Os estudos descritivos permitem a “medição precisa das variáveis individuais” (Vilelas, 2022, p. 216). Visto que este estudo fornece informação acerca da população em estudo e “visa estabelecer relações entre as variáveis” (Vilelas, 2022, p. 214), pretendendo-se identificar se existe relação entre dois aspetos, a sintomatologia vivenciada pela mulher na pós-menopausa e a satisfação da satisfação conjugal, é um estudo descritivo-correlacional. É ainda um estudo transversal, uma vez que determina que o “fator e efeito são observados num mesmo momento histórico” (Vilelas, 2022, p. 225). Em suma, trata-se de um trabalho de investigação de metodologia quantitativa, especificamente, um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal.

2.2.5. População e Amostra

Para Fortin (2009), a população é constituída por um conjunto de pessoas com características comuns e critérios pré-definidos pelo investigador, sendo a amostra um subconjunto de um grupo de sujeitos que estão inseridos na mesma população.

Atendendo à questão elaborada e ao objetivo traçado, a população considerada foram as mulheres inscritas na USFVA, na lista de utentes da enfermeira tutora, com idade superior a 50 anos, num total de 506 mulheres. Foi seleccionada uma amostra de carácter não probabilístico, uma amostra de conveniência, uma vez que se tratam de indivíduos facilmente acessíveis (Fortin, 2009). A delimitação de idades da população foi definida

de acordo com o período correspondente à transição pós-menopausica, por ser a fase em que a sintomatologia, quando presente, toma contornos mais graves (Harlow et al., 2012). Atendendo à idade média da menopausa na mulher europeia se situar nos 51 anos e à definição de pós-menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), considerou-se o período temporal dos 50 aos 74 anos de idade, para se conseguir abranger um maior número de mulheres com menopausa há pelo menos 10 anos. Neste estudo são consideradas as mulheres com menopausa iatrogénica e precoce.

Face ao exposto, para constituição da amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres na fase pós-menopausa há pelo menos 10 anos, com idade superior a 50 anos, inscritas na lista da enfermeira tutora. Os critérios de exclusão considerados foram: mulheres que não soubessem ler ou interpretar português, com inscrição esporádica e que não tivessem contato de email válido. Prevvia-se que a amostra fosse constituída por 104 mulheres, contudo a amostra foi composta por 34.

2.2.6. Instrumento de Recolha e Tratamento de Dados

No presente estudo foi elaborado um questionário constituído por três partes: a primeira diz respeito às variáveis de atributo relativas às características sociodemográficas e profissionais das participantes (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e com quem habita); a segunda refere-se à sintomatologia na pós-menopausa utilizando a MRS; e a terceira que colhe dados sobre a satisfação em áreas da vida conjugal, as quais são avaliadas pela EASAVIC.

O MRS é um questionário construído e validado por Heinemann et. al. (2004) e traduzido para 25 idiomas, incluindo a versão traduzida e validada para língua portuguesa por Aibar-Almazán et al. (2023), contendo 11 questões que abrangem três domínios de sintomas: somático, psicológico e urogenital. Para cada questão é atribuído uma pontuação de intensidade que, numa escala tipo Likert, varia de 0 (zero), que corresponde a ausência de sintomas, a 4 (quatro) correspondendo a sintomas muito severos. A pontuação total é a soma de cada um dos 11 componentes e varia de 0 (zero), como ausência de sintomas, a 44 (quarenta e quatro), correspondendo ao número de sintomas percecionados e severidade dos mesmos. A análise da consistência interna da MRS versão portuguesa revelou um valor de alfa de Cronbach de 0,84 para o score total, o que indica um nível bom de consistência (Anexo I).

A EASAVIC (Anexo II) estuda a satisfação conjugal por autoavaliação, sem impor critérios externos. Foi construída e validada para a população portuguesa por Narciso e Costa (1996), sendo a última revisão das propriedades psicométricas de janeiro de 2010 (Anexo III). Permite diferenciar entre áreas fortes e fracas do casal. É composta por 44 itens divididos em sete áreas conjugais: intimidade emocional (itens 19,20, 29, 30, 31,32, 33 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44); sexualidade (itens 23, 24, 25 26, 27 e 28); comunicação/conflito (itens 14,15,16,17,18,21 e 22); funções familiares (itens 1,2,3 e 4); rede social (itens 7, 8 e 9); autonomia (itens 10, 11, 12 e 13) e tempos livres (itens 5 e 6). A escala avalia a satisfação conjugal com itens relativos ao casal (14 itens), ao cônjuge que responde ao questionário (16 itens) e ao seu parceiro (14 itens). O estudo psicométrico conduzido por estes dois autores (análise fatorial exploratória – varimax) com 21 casais, determinou dois fatores principais. Um dos fatores engloba os itens relacionados com o amor, com um alfa de 0.97, enquanto o outro abrange os itens relacionados com o funcionamento, com um alfa de 0.90. A EASAVIC é cotada numa escala de 0 (zero) a 6 (seis) pontos, correspondendo respetivamente, a Nada Satisfeito e a Completamente Satisfeito (Narciso & Costa, 1996). De acordo com Pestana e Gageiro (2014), esta escala revelou aceitável confiabilidade nas áreas de tempos livres e rede social (coeficientes do Alpha de Cronbach entre 0,70 e 0,80), boa confiabilidade nas áreas de funções familiares e autonomia, com coeficientes do Alpha de Cronbach entre 0,80 e 0,90, e excelente confiabilidade nas áreas de intimidade emocional, sexualidade e comunicação/conflito com coeficientes do Alpha de Cronbach acima de 0,90 (Narciso & Costa, 1996).

É de salientar que o questionário elaborado para aplicação das escalas retrata a perceção das participantes face à presença de sintomatologia pós-menopáusica e à sua satisfação conjugal, visto terem sido apenas as mulheres, e não os seus parceiros, a responder ao mesmo. Ambas as escalas tiveram autorização dos autores, para sua aplicação, neste estudo, como se pode verificar no anexo VII – Escala MRS e no anexo VIII – Escala EASAVIC.

2.2.7. Procedimentos Éticos

O presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, Parecer n. 80/2023-CES (Apêndice II), do Coordenador da USFVA (Apêndice III) e da enfermeira gestora do Centro de Saúde de Caminha (Apêndice IV).

Na realização do trabalho de investigação foram preservados os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e Convenção de Oviedo (Assembleia da República, 2001), com vista à preservação da confidencialidade/privacidade, de forma a proteger a integridade individual dos participantes. Com esse intuito, foi elaborado um consentimento informado livre e esclarecido, contido na página inicial do questionário, e sem o qual a participante não poderia iniciar o preenchimento do mesmo (Apêndice VI).

A colheita de dados iniciou-se após atribuição de parecer favorável, obtido no dia 13 de dezembro de 2023, e decorreu até ao final do mês de março de 2024. A plataforma Google Forms, utilizada para a elaboração do instrumento de colheita de dados, segue compromissos de privacidade e princípios de proteção de dados inequívocos. Apenas a investigadora do projeto teve acesso aos dados. A informação fornecida destina-se exclusivamente para fins estatísticos do presente estudo e é apresentada de forma agregada, garantido a confidencialidade da informação. A participação foi de carácter voluntário.

2.2.8. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Segundo Fortin (2006), na metodologia quantitativa, o investigador segue uma sequência de etapas ordenadas, visando a objetividade, predição e controlo. Para a colheita de dados que decorreu de 13 de dezembro de 2023 até ao final do mês de março de 2024, foi elaborado um questionário na plataforma Google Forms, onde constaram as questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional e as questões constantes nas escalas MRS e EASAVIC, e enviado via email (do endereço eletrónico institucional pessoal para o das mulheres, tendo sido este pesquisado com recurso ao SClínico). Os questionários elaborados para este estudo foram enviados por email para 276 mulheres, que tinham email na ficha de identificação do SClínico, verificando-se que menos de metade destes emails (48,91%) já não estava disponível e/ou incorreto. Responderam 72 mulheres, embora apenas 34 se encontrava na pós-menopausa há mais de 10 anos. Constatou-se a não existência de respostas omissas, devido à opção “resposta obrigatória” utilizada em todas as questões, ou seja, não era possível avançar no questionário se não se respondesse à pergunta corrente. As respostas foram recolhidas pela plataforma Google Forms de forma estritamente confidencial.

O tratamento estatístico de dados obtidos pelo instrumento de colheita de dados, foi realizado com recurso ao programa IBM Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), versão 28, no qual foi construída uma base de dados. Seguidamente, efetuou-se uma análise estatística, com recurso a frequências absolutas (*ni*) e frequências relativas (*fi*), utilizando-se também nas variáveis quantitativas, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (amplitude e desvio padrão). Para a análise inferencial, foi verificada a normalidade dos dados através do cálculo dos coeficientes de assimetria e curtose (Apêndice V). Desta forma foram utilizados os coeficientes de Correlação de Pearson (*r*), que permitem relacionar duas variáveis escalares quando o tamanho mínimo de uma amostra for trinta ($n \geq 30$, para um nível de significância de 0,05), como indicado por Pestana e Gageiro (2014). O nível de significância (*p*) a considerar, dado o intervalo de confiança de 95%, foi de 0,05. Desta forma, foram utilizados os seguintes valores referidos por Pestana e Gageiro (2014), considerando que se:

$r < 0,2$ – a associação é muito fraca;

$0,2 \leq r < 0,4$ – a associação é fraca;

$0,4 \leq r < 0,7$ – a associação é moderada;

$0,7 \leq r < 0,9$ – a associação é elevada;

$0,9 \leq r \leq 1$ – a associação é muito elevada.

Os dados são apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.

2.3. RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com os objetivos delineados para o estudo, contudo, para a sua contextualização, inicia-se pela caracterização sociodemográfica e profissional. Para uma melhor compreensão dos resultados, sempre que adequado, utilizaram-se gráficos e tabelas.

Caracterização sociodemográfica e profissional

Os dados de caracterização sociodemográfica e profissional encontram-se na tabela 2. Tal como definido, as 34 mulheres que integraram o estudo têm idade superior a 50

anos, variando entre 50 e 74 anos, sendo a média de idades de $63,29 \pm 5,425$, a mediana de 63,50 anos e a moda de 68 anos. Ao agrupar as idades por grupos etários, verifica-se que o grupo dos 65 aos 69 anos é o mais representativo da amostra com 41,20% das mulheres, seguindo-se o grupo dos 60 aos 64 anos (29,30%), sendo os grupos dos 50 aos 54 e dos 70 aos 74 anos os menos representativos, com 5,80% cada um. Relativamente ao estado civil, a grande maioria das mulheres é casada (82,40%), seguidas das mulheres viúvas (8,80%) e em união de facto (5,90%), sendo as mulheres divorciadas (2,90%) as menos representadas na amostra. No que concerne às habilitações académicas, a maior percentagem das mulheres (29,40%) detém o 3.º ciclo do ensino básico, seguidas pelas que apresentam o 1.º ciclo do ensino básico (20,60%). O ensino secundário foi completado por 17,60%, sendo as mulheres menos representativas as que obtiveram os graus de bacharelato, uma pós-graduação ou um curso tecnológico/profissional com 2,90% cada. São profissionalmente ativas 41,20% das mulheres e 58,80% não têm atividade profissional. Mais de metade das mulheres da amostra (55,90%) reside com o marido(a)/namorado(a), 26,50% vive com marido(a)/namorado(a) e filho(s) e 5,90% vivem sozinhas.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (n=34).

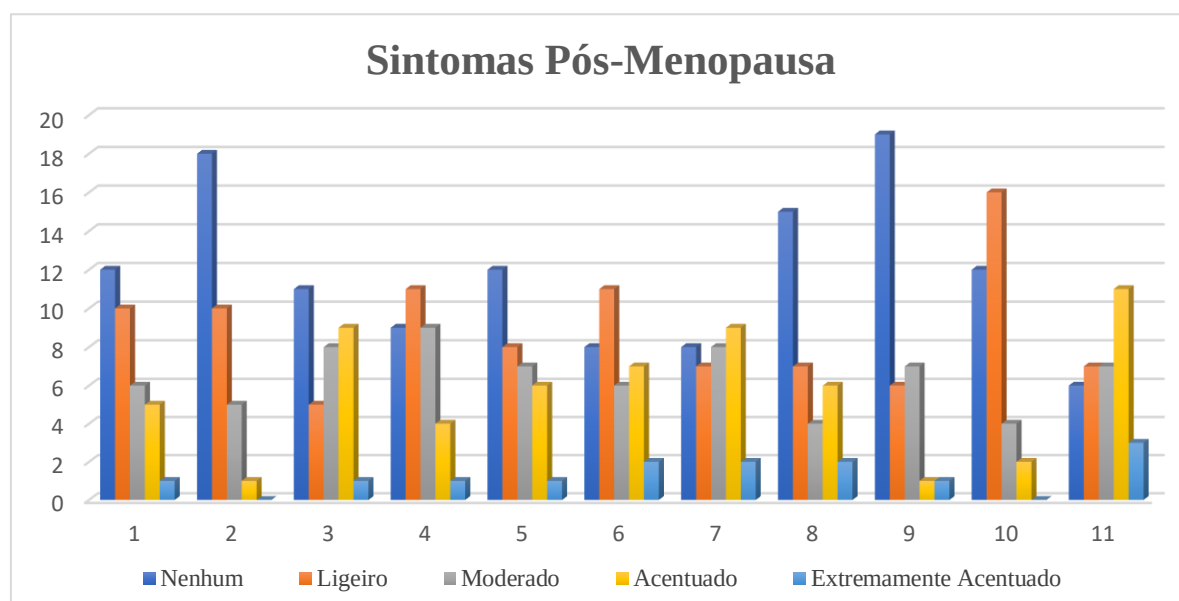
Características sociodemográficas e profissionais		n _i	f _i
Grupo etário	50 – 54 anos	2	5,80
	55 – 59 anos	6	17,60
	60 – 64 anos	10	29,30
	65 – 69 anos	14	41,20
	70 – 74 anos	2	5,80
Estado Civil	Casada	28	82,40
	Viúva	3	8,80
	União de facto	2	5,90
	Divorciada	1	2,90
Habilitações Académicas	Menos de 4 anos de escolaridade	3	8,80
	1º ciclo do ensino básico	7	20,60
	2º ciclo do ensino básico	2	5,90
	3º ciclo do ensino básico	10	29,40
	Ensino secundário	6	17,60
	Curso Tecnológico/Profissional	1	2,90
	Bacharelato	1	2,90
	Licenciatura	3	8,80
	Pós-graduação	1	2,90
Ativa Profissionalmente	Sim	14	41,20
	Não	20	58,80

Com quem vive	Sozinha	2	5,90
	Com marido(a)/namorado(a)	19	55,90
	Com marido(a)/namorado(a) e filho(s)	9	26,50
	Outra opção	4	11,80

Identificar os sintomas e grau de intensidade percebidos pelas mulheres a vivenciarem a pós-menopausa

No gráfico 1, que representa os resultados da aplicação da MRS, pode-se verificar que todas as mulheres da amostra perceberam a existência de algum sintoma, na fase pós-menopausa.

Gráfico 1 - Distribuição da sintomatologia percebida na pós-menopausa e grau de intensidade



Na tabela 3 verifica-se que, à exceção de “Problemas na bexiga” e “Desconforto cardíaco”, a presença da sintomatologia pós-menopausa é percebida pela maior parte das mulheres, embora com graus de intensidade variável em cada sintoma. Assim, 82,40% das mulheres refere “Desconforto articular e muscular”, sendo que, a maior percentagem (32,4%), sente-o de forma acentuada. Seguem-se os sintomas “Ansiedade” e a “Exaustão física e mental”, assumidos por 76,50% das mulheres. No entanto, a maior percentagem de mulheres (32,40%) refere sentir “Ansiedade” em grau ligeiro, ao passo que a maior percentagem de mulheres (26,5%) sente “Exaustão física e mental” de forma acentuada.

O “Humor depressivo” é sentido por 73,60% das mulheres, com a maior percentagem (32,4%) a considera-lo de ligeira intensidade. Os “Problemas de sono” são sentidos por 67,60% das mulheres, com 26,50% a considerarem que ocorrem com uma intensidade acentuada. Das mulheres que sentem “Secura vaginal” (64,60%), a maior percentagem (47,10%) considera que a sua intensidade é ligeira. Seguem-se dois sintomas, “Ondas de calor, sudorese” e “Irritabilidade” referidos igualmente por 64,60% das mulheres e percecionados com intensidade ligeira por, respetivamente, 29,40% e 23,50% das mulheres. Os “Problemas sexuais” são referidos por 55,90% das mulheres verificando-se que a maior percentagem (20,6%), considera que a sua intensidade é ligeira. Nos sintomas referidos por menos de metade das mulheres encontram-se o “Desconforto cardíaco” e os “Problemas de bexiga”, com percentagens de 47,10% e 44,10% respetivamente. O primeiro foi considerado ligeiro por 29,4% e o segundo de intensidade moderada por 20,6% das mulheres.

No que concerne à ausência de sintomas, verifica-se que os sintomas menos sentidos são os “Problemas de bexiga”, seguidos do “Desconforto cardíaco” com, respetivamente, 55,90% e 52,90% das mulheres a não os percecionarem.

Tabela 3 – Distribuição da sintomatologia percecionada na pós-menopausa por grau de intensidade

	Nenhum		Ligeiro		Moderado		Acentuado		Extremamente Acentuado		Σ^{**}	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Ondas de calor, sudorese	12	35,30	10	29,40	6	17,60	5	14,70	1	2,90	22	64,60
Desconforto cardíaco	18	52,90	10	29,40	5	14,70	1	2,90	0	0,00	16	47,10
Problemas de sono	11	32,40	5	14,70	8	23,50	9	26,50	1	2,90	23	67,60
Humor depressivo	9	26,50	11	32,40	9	26,50	4	11,80	1	2,90	25	73,60
Irritabilidade	12	35,30	8	23,50	7	20,60	6	17,60	1	2,90	22	64,60
Ansiedade	8	23,50	11	32,40	6	17,60	7	20,60	2	5,90	26	76,50
Exaustão física e mental	8	23,50	7	20,60	8	23,50	9	26,50	2	5,90	26	76,50
Problemas sexuais	15	44,10	7	20,60	4	11,80	6	17,60	2	5,90	19	55,90
Problemas de bexiga	19	55,90	6	17,60	7	20,60	1	2,90	1	2,90	15	44,10

Secura da vagina	12	35,30	16	47,10	4	11,80	2	5,90	0	0,00	22	64,70
Desconforto articular e muscular	6	17,60	7	20,60	7	20,60	11	32,40	3	8,80	28	82,40

**Somatório da presença de sintomatologia ligeira, moderada, acentuada e extremamente acentuada.

Os resultados relativos à percepção da sintomatologia pós-menopausa agrupados pelos fatores somáticos (ondas de calor, sudorese, desconforto cardíaco, problemas de sono e desconforto articular e muscular), urogenitais (problemas sexuais, problemas de bexiga e secura da vagina) e psicológicos (humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão física e mental), podem ser observados na tabela 4. A sua análise permite verificar que grande parte das mulheres percebe sintomas psicológicos (72,80%), com 27,21% das mulheres a considera-los como sendo de intensidade ligeira, 22,06% de intensidade moderada, 19,12% com intensidade acentuada e 4,41% de intensidade extremamente acentuada. Os sintomas somáticos são percebidos por 65,45% das mulheres, em que 23,53% são de intensidade ligeira, 14,71% são de intensidade moderada, 8,82% de intensidade acentuada e 3,68% considera uma intensidade extremamente acentuada. Por fim, 54,90% das mulheres percebem sintomas urogenitais, com 28,43% das mulheres a referir uma intensidade ligeira, 14,71% uma intensidade moderada, 8,82% uma intensidade acentuada e 2,94% uma intensidade extremamente acentuada. Relativamente à ausência de sintomas, os sintomas urogenitais são percebidos como ausentes por 45,10% das mulheres, seguidos pelos somáticos (34,56%) e pelos psicológicos (27,50%).

Tabela 4 - Distribuição da sintomatologia percebida na pós-menopausa agrupada pelos fatores somáticos, urogenitais e psicológicos.

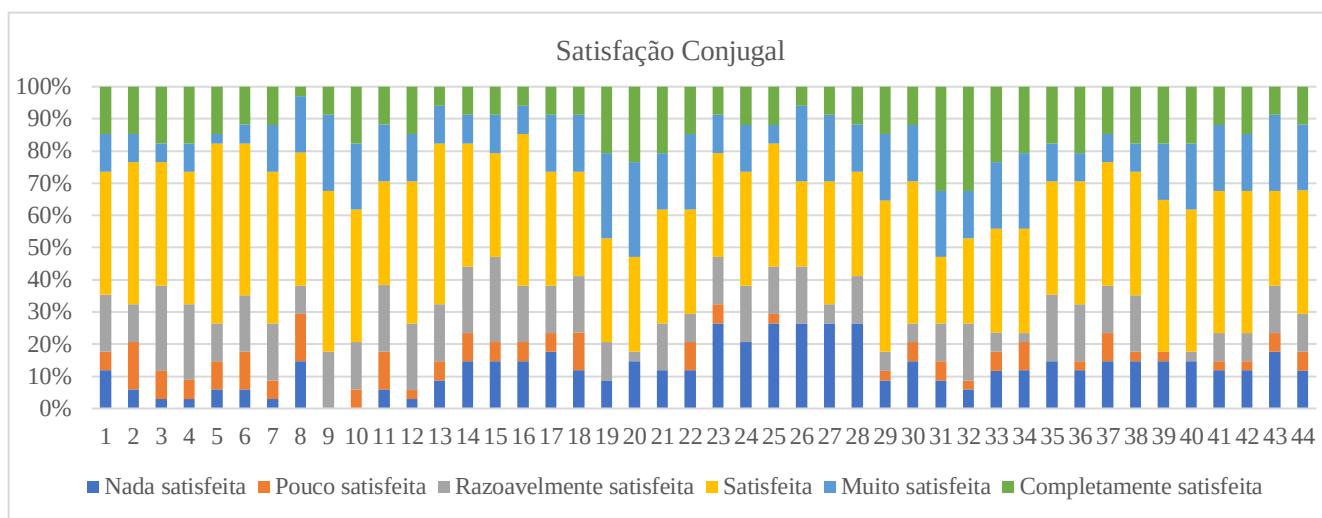
Sintomas Pós-Menopausa	Grau de Intensidade											
	Nenhum		Ligeiro		Moderado		Acentuado		Extremamente Acentuado		Σ^*	
	ni	fî	ni	fî	ni	fî	ni	fî	ni	fî	ni	fî
Somáticos	47	34,56	32	23,53	26	19,12	26	19,12	5	3,68	89	65,45
Urogenitais	46	45,10	29	28,43	15	14,71	9	8,82	3	2,94	56	54,90
Psicológicos	37	27,50	37	27,21	30	22,06	26	19,12	6	4,41	99	72,80

* Somatório da presença de sintomatologia de intensidade ligeira, moderada, acentuada e extremamente acentuada.

Identificar o grau de satisfação conjugal por áreas da vida conjugal

No gráfico 2, pode-se verificar a distribuição do grau de satisfação relativamente a áreas da vida conjugal, resultado da aplicação da EASAVIC. A análise do gráfico demonstra existir uma maior incidência de satisfação na maioria das áreas. No entanto, verifica-se que em todas as áreas surgem resultados de nenhuma satisfação e pouca satisfação.

Gráfico 2 - Distribuição do grau de satisfação relativamente a áreas da vida conjugal



Os resultados estatísticos dos 44 itens avaliados pela EASAVIC podem ser observados na tabela 5. A apresentação e análise dos resultados é simplificada na tabela 6, onde se identificam as sete áreas de satisfação conjugal avaliadas (Intimidade Emocional, Sexualidade, Comunicação/Conflito, Funções Familiares, Rede Social, Autonomia e Tempos Livres) e os respetivos resultados.

As áreas da vida conjugal, avaliadas neste estudo pela EASAVIC, são apresentadas na tabela 6, de forma simplificada e sugerida pelos autores, sendo que os resultados relativos a cada item da escala podem ser consultados no anexo IX. Por ordem decrescente, surge a “intimidade emocional” com 73,69% das mulheres a assinalarem satisfação conjugal, com 36,77% destas a sentirem-se satisfeitas, 18,46% muito satisfeitas e, igual percentagem (18,46%), completamente satisfeitas. Segue-se a área da “rede social” com 72,55% a considerarem-se satisfeitas, em que 46,08% das mulheres refere estar satisfeita, 18,63% muito satisfeita e 7,84% completamente satisfeita. A “autonomia” é a terceira área de satisfação conjugal mais percecionada pelas mulheres, por 70,59%, em que 41,91% das mulheres se sente satisfeita, 16,18% muito satisfeita e 12,50%

completamente satisfeita. Os “tempos livres” perfazem 69,12% de mulheres a perceberem satisfação, sendo que 51,47% refere estar satisfeitas, 13,14% completamente satisfeitas e 4,41% muito satisfeitas. As “funções familiares” são percebidas como gerando satisfação por 65,44% das mulheres, das quais 40,44% são mulheres satisfeitas, 16,18% completamente satisfeitas e 8,82% muito satisfeitas. Segue-se a área da “comunicação/conflito” a ser identificada como área de satisfação conjugal por 62,18% das mulheres, sendo que 36,13% das mulheres se sente satisfeita, 15,13% muito satisfeita e 10,92% completamente satisfeita. Por fim, a área da “sexualidade”, apesar da maior parte das mulheres a perceberem como área de satisfação, é a que detém a menor percentagem (58,52%), dos quais 33,82% são mulheres que se sentem satisfeitas, 15,20% muito satisfeitas e 9,80% completamente satisfeitas.

As áreas da vida conjugal que apresentam menor grau de satisfação, por ordem decrescente, destaca-se a área da “sexualidade” com um total de 41,18%, tendo 25,49% de mulheres assinalado que se sentiam nada satisfeitas, 14,22% razoavelmente satisfeitas e 1,47% pouco satisfeitas, seguida da área “comunicação/conflito”, com 37,82%, em que 17,23% das mulheres se manifesta razoavelmente satisfeita, 13,87% nada satisfeita e 6,72% pouco satisfeita, e da área “funções familiares”, totalizando 34,55%, em que 19,85% corresponde a mulheres razoavelmente satisfeitas, 8,82% pouco satisfeitas e 5,88% nada satisfeitas. Segue-se a área dos “tempos livres” com um total de 30,88% de respostas, em que 14,71% são mulheres razoavelmente satisfeitas, 10,29% pouco satisfeitas e 5,88% nada satisfeitas. A área da “autonomia” apresenta um total de 29,41%, sendo 18,38% razoavelmente satisfeitas, 6,62% pouco satisfeitas e 4,41% nada satisfeitas. A área “rede social” totaliza 27,46% das respostas, em que 14,71% são razoavelmente satisfeitas, 6,86% pouco satisfeitas e 5,88% nada satisfeitas. Por fim, a área da “intimidade emocional” apresenta o menor valor de respostas negativas com um total de 26,15%, sendo 12,42% nada satisfeita, 10,13% razoavelmente satisfeita e 3,76% pouco satisfeita.

Tabela 6 - Distribuição das respostas relativas à satisfação conjugal agrupadas por áreas.

Áreas de Satisfação da Vida Conjugal	Grau de Satisfação						Σ^{***}
	Nada satisfeita <i>ni (fi)</i>	Pouco satisfeita <i>ni (fi)</i>	Razoavelmente satisfeita <i>ni (fi)</i>	Satisfeita <i>ni (fi)</i>	Muito satisfeita <i>ni (fi)</i>	Completamente satisfeita <i>ni (fi)</i>	
Intimidade Emocional	76 (12,42)	23 (3,76)	62 (10,13)	225 (36,77)	113 (18,46)	113 (18,46)	451 (73,69)
Sexualidade	52 (25,49)	3 (1,47)	29 (14,22)	69 (33,82)	31 (15,20)	20 (9,80)	120 (58,82)
Comunicação/C onflito	33 (13,87)	16 (6,72)	41 (17,23)	86 (36,13)	36 (15,13)	26 (10,92)	148 (62,18)
Funções Familiares	8 (5,88)	12 (8,82)	27 (19,85)	55 (40,44)	12 (8,82)	22 (16,18)	89 (65,44)
Rede Social	6 (5,88)	7 (6,86)	15 (14,71)	47 (46,08)	19 (18,63)	8 (7,84)	74 (72,55)
Autonomia	6 (4,41)	9 (6,62)	25 (18,38)	57 (41,91)	22 (16,18)	17 (12,50)	96 (70,59)
Tempos Livres	4 (5,88)	7 (10,29)	10 (14,71)	35 (51,47)	3 (4,41)	9 (13,24)	47 (69,12)

*** Somatório dos graus de satisfação Satisfeita, Muito satisfeita e Completamente Satisfeita.

Os resultados da soma das respostas e a sua distribuição pelas sete áreas da vida conjugal e pelos graus de satisfação, são expostos no quadro 1. Permite verificar que, das 1496 respostas, relativas a 44 itens avaliados e incluídos nas áreas mencionadas anteriormente, 38,37% representam mulheres que se demonstraram satisfeitas, 15,78% manifestaram-se muito satisfeitas, 14,37% alude a mulheres completamente satisfeitas, 13,97% refere-se a mulheres razoavelmente satisfeitas, 12,37% são respostas de nada satisfeita e 5,15% reflete a percentagem de mulheres pouco satisfeitas, relativamente a estas áreas de conjugalidade.

Quadro 1 - Distribuição das respostas relativamente ao grau de satisfação conjugal.

Grau de Satisfação	Respostas	
	ni	fi
Nada satisfeita	185	12,37
Pouco satisfeita	77	5,15
Razoavelmente satisfeita	209	13,97
Satisfeita	574	38,37
Muito satisfeita	236	15,78
Completamente satisfeita	215	14,37
Total	1496	100,0

Relacionar a sintomatologia vivenciada no período pós-menopausa com a satisfação conjugal

A tabela 7 apresenta o resultado estatístico da correlação entre as variáveis dependentes referentes à sintomatologia percebida na pós-menopausa e à satisfação conjugal.

Tabela 7 - Correlação da MRS com a EASAVIC

	MRS	EASAVIC
<i>r_s</i>	-0,084	-0,084
<i>p</i>	0,637	0,637

A análise do coeficiente de correlação de Pearson (r) permite-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), pelo que podemos afirmar que a satisfação conjugal não varia com a sintomatologia percebida pela mulher no período pós-menopausa.

2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados obtidos é fundamental para dar resposta aos objetivos geral e específicos definidos, pelo que este item segue o mesmo princípio que o item “Resultados”, isto é, inicia-se pela discussão da caracterização sociodemográfica e profissional, seguindo-se a discussão dos resultados por objetivos preconizados para o estudo.

Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

As mulheres que participaram neste estudo tinham idades superiores a 50 anos, sendo a média de idades de 63,29 anos $\pm$ 5,425. Segundo Baber et al., (2016), a idade média de estabelecimento da menopausa é de 51 anos nos países europeus. No entanto, no estudo sobre menopausa e preditores da satisfação conjugal de Costa e Pinheiro (2020), com uma amostra constituída por 100 mulheres, a média foi de 56,96 anos $\pm$ 5,98.

Considerando que a amostra do presente estudo integra mulheres com menopausa há mais de 10 anos, pode-se conferir que a média de idades das mulheres que participaram vai de encontro à média de idades de estabelecimento da menopausa na Europa.

Mais de metade das mulheres participantes no presente estudo (58,80%) não se encontrava profissionalmente ativa. Este facto vai de encontro ao apresentado nos Censos de 2021, em Portugal continental, pelo facto de que, com o aumento da idade, a percentagem de mulheres ativas diminui.

Relativamente às habilitações académicas, verificou-se que mais de metade da amostra (n=22) apresenta um nível de escolaridade igual e inferior ao 3º ciclo do ensino básico. No mesmo sentido são apresentados os dados dos Censos de 2021, em que a população feminina com, pelo menos, o 3º ciclo do ensino básico, era de 61,75%. Os autores Costa e Pinheiro (2020) correlacionaram o alto nível educacional com melhor qualidade de vida em mulheres na menopausa e na pós-menopausa, podendo depreender-se que o nível de escolaridade influencia as mulheres na fase pós-menopausa.

Identificar os sintomas e grau de intensidade percecionados pelas mulheres a vivenciarem a pós-menopausa

A sintomatologia pós-menopausa foi claramente identificada no presente estudo pelas participantes. Os sintomas mais percecionados pelas mulheres foram os psicológicos (72,80%), que incluem o humor depressivo, a irritabilidade, a ansiedade, a exaustão física e mental, e também foram os que apresentaram maiores graus de intensidade. Segundo a SPG (2021), estes sintomas poderão estar associados à dificuldade de concentração, diminuição da memória verbal e aumento do risco de depressão. No mesmo sentido, Cavadas et al. (2010), ressaltam que os sintomas psicológicos estarão relacionados com os baixos níveis de estrogénio e, conseqüentemente, com as alterações na qualidade do sono e diminuição da capacidade cognitiva, sendo que, na fase pós-menopausa, estes poderão ser mais evidentes. Um estudo desenvolvido por Geraldine (2019), sobre a menopausa em mulheres portuguesas, afirma que, embora os sintomas mais sentidos tenham sido os calores e afrontamentos (79%), o segundo mais sentido foi “mais irritabilidade” (45%), relacionado com os sintomas psicológicos, obtendo também 23% para sensação de “mais tristeza” e 16% para “mais vontade de chorar”, corroborando a presença deste grupo de sintomas no presente estudo.

A percepção de sintomas somáticos, caracterizados pelas ondas de calor, sudorese, desconforto cardíaco, problemas de sono e desconforto articular e muscular, segundo a SPG (2021), podem durar de 7 a 10 anos pós-menopausa, dependendo do estilo de vida da mulher. Verifica-se também a percepção destes sintomas na amostra deste estudo numa percentagem de 65,45%. Também Cavadas et al. (2010), refere que estes sintomas afetam cerca de 60 a 80% das mulheres e que podem durar mais de 10 anos, constituindo uma das condições principais para recorrer a consulta.

Por fim, os sintomas urogenitais, que abarcam os problemas sexuais, problemas de bexiga e secura da vagina, foram menos percecionados pelas mulheres deste estudo (54,90%). Contrariamente ao presente estudo, no STRAW 10+, desenvolvido por Harlow et al., em 2012, verifica-se o agravamento dos sintomas de atrofia urogenital na pós-menopausa, tendo impacto negativo na vida sexual e qualidade de vida da mulher. Também um estudo efetuado por Lomônaco et al. (2015), com 30 mulheres na pós-menopausa, destaca a diminuição do desejo sexual (70%) como um dos sintomas mais referidos pelas participantes contrariando os resultados do presente estudo.

Quanto ao grau de intensidade dos sintomas manifestados pelas mulheres deste estudo, a grande maioria classificou-os como ligeiros (79,17%), facto contrário ao se verificou no estudo efetuado por Lomônaco et al. (2015), em que a intensidade apontada foi maioritariamente moderada. Os autores Araújo (2019) e Almeida et al. (2021), por sua vez, corroboram o presente estudo por apresentarem resultados de sintomatologia sentida na pós-menopausa de intensidade ligeira.

Identificar o grau de satisfação conjugal, por áreas da vida conjugal

No presente estudo verificou-se que as participantes percecionaram maior satisfação na área da “intimidade emocional” (73,69%), ficando muito próxima da área da “rede social” (72,55%). Estes dados corroboram os resultados do estudo de Narciso & Ribeiro (2009), onde se verificou que o percurso de vida conjugal, afeta e é afetado por fatores pessoais, contextuais e demográficos e pelos fatores intrínsecos à própria relação como sejam, entre outros, os sentimentos, a intimidade e o compromisso. Também Costa & Pinheiro (2020) referem que níveis superiores de qualidade de vida social e relativa ao ambiente são preditores de mais satisfação conjugal, corroborando os resultados do presente estudo relativos à área da “rede social”.

A área em que as mulheres apresentaram menores graus de satisfação foi a área da sexualidade (41,18%). Semelhante a este resultado, um estudo realizado no norte de Portugal concluiu que cerca de 50% da amostra encontrava-se sexualmente insatisfeita, salientando que as principais mudanças sexuais observadas na menopausa foram a redução do desejo sexual e a deterioração do desempenho sexual do parceiro (Assis et al., 2003). O estudo norte-americano, ao demonstrar que tanto homens como mulheres que se consideravam mais satisfeitos no relacionamento também se consideravam mais satisfeitos sexualmente, sugere que uma vida sexual mais satisfatória contribui para o aumento da satisfação conjugal (McNulty et al., 2016), realçando a influência da sexualidade na satisfação da satisfação conjugal.

Relacionar a sintomatologia vivenciada no período pós-menopausa com a satisfação conjugal

Relativamente à relação entre as duas variáveis em estudo, “sintomatologia sentida na pós-menopausa” e “satisfação conjugal” verificou-se a não existência de evidências suficientes para afirmar que existe uma correlação entre elas. Identicamente, um estudo realizado por Gerald (2019) demonstrou que 53,4% das mulheres referiram que a menopausa não afetou a sua vida diária. Este resultado é contrariado por uma pesquisa, que investigou as mudanças nas relações com o parceiro, na qual 60% a 80% das mulheres indicaram que os fatores psicológicos (como irritabilidade, baixa de autoestima e humor depressivo) e os sintomas físicos relacionados com a menopausa (como ondas de calor e suores noturnos) são vistos como elementos negativos que afetam a qualidade de vida de forma geral e representam um desafio para o relacionamento (Rodrigues, 2015). Outro estudo revelou igualmente diferenças estatisticamente significativas da satisfação conjugal, em diferentes fases da menopausa, em que mulheres com mais de 60 anos relataram uma menor satisfação conjugal em comparação com mulheres mais jovens (Costa & Pinheiro, 2020).

Outros estudos indicam que a sintomatologia, quando sentida na pós-menopausa, pode afetar a satisfação relacional devido aos sintomas físicos e psicológicos (Graziottin, 2010; Melby & Lampl, 2011; Nisar & Sohoo, 2010). No entanto, a adaptação face às alterações que ocorrem nessa fase, a comunicação entre o casal e a aceitação do parceiro, favorecem a afetividade e fortalecimento da relação (Narciso & Ribeiro, 2009; Northup, 2006). Chadha et al., (2016) acrescentam que a vivência dos sintomas na pós-menopausa

varia de mulher para mulher e pode ser influenciada por fatores como a escolaridade, o nível socioeconómico, o stress, os relacionados com saúde, o estado civil e a etnia. Segundo Pestana e Gageiro (2014), embora essa relação não seja estatisticamente significativa, o valor do coeficiente sugere que existe uma certa associação entre as duas variáveis. Isso significa que, apesar de a evidência não ser suficientemente forte para afirmar que essa relação é verdadeira na população em geral, a análise ainda pode indicar uma tendência ou um padrão que poderia ser explorado em investigações futuras. É importante, portanto, considerar o contexto, e outras variáveis que possam influenciar essa relação, como as características sociodemográficas e profissionais, assim como a possibilidade de a amostra ser insuficiente para detetar uma relação significativa.

2.5. CONCLUSÕES

O presente estudo identificou a presença de sintomatologia percecionada pelas mulheres inscritas na USFVA, na pós-menopausa, destacando-se os “sintomas psicológicos” percecionados com maior intensidade. A área da “intimidade emocional” foi identificada como a área que apresentou maior grau de satisfação e a “sexualidade” como a área com menor grau de satisfação. Foi também demonstrada a não existência de evidências suficientes para afirmar que existe uma correlação entre as variáveis analisadas, isto é, a satisfação conjugal não varia com a sintomatologia sentida na pós-menopausa.

A pesquisa efetuada sobre a temática da sintomatologia percecionada na pós-menopausa e sua possível relação com a satisfação conjugal, permitiu verificar que esta é ainda uma área com pouco investimento científico pelos EEECAESF, sendo que a maioria dos estudos acerca desta problemática enquadram-se nas áreas da medicina e da psicologia. No entanto, o facto de corresponder a uma transição complexa do ciclo vital feminino, constituindo um processo de adaptação e mudança do sistema familiar, torna-se num foco de atenção para a ESF e, consequentemente, para a investigação em enfermagem. A elaboração destes estudos pela iniciativa dos EEECAESF, relativos a esta área da vida da mulher, é o desafio lançado a estes profissionais para que o seu contributo impulse o desenvolvimento de novas políticas de saúde e, consequentemente, a possibilidade de se implementar a consulta da mulher na menopausa e pós-menopausa, como parte integrante da saúde da mulher e da saúde familiar.

2.6. REFLEXÃO SOBRE O CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O processo de elaboração do presente estudo foi um importante contributo, tanto a nível pessoal, como profissional, proporcionando o aumento de conhecimento e experiência relacionada com as áreas de investigação, pesquisa, análise e interpretação e na área de saúde da mulher, culminando com o desenvolvimento de competências.

Na amostra deste estudo, a satisfação conjugal não varia com a sintomatologia sentida na pós-menopausa, na perspetiva das mulheres. Este poderá ser o mote para que os EEECAESF invistam na elaboração de estudos científicos na área da Saúde da Mulher e da Saúde Familiar, particularmente na menopausa e pós-menopausa, em zonas rurais e citadinas de Portugal, aumentando a evidência na área, podendo contribuir para uma melhor abordagem destes temas nas consultas de ESF, realçando e desmistificando uma importante transição na vida da mulher envolvendo o cônjuge, no desenvolvimento de novos projetos e na educação para a saúde a famílias e comunidade.

O ENPRF foi fundamental para a elaboração deste estudo de investigação, por possibilitar o contacto com mulheres que já se encontravam na fase pós-menopausa e poder ouvir os seus testemunhos relativos a essa transição, através das consultas de enfermagem. Ficou claro que a maior parte das mulheres consultadas, têm uma perceção negativa sobre a pós-menopausa, e que esta transição é comumente associada a sintomatologia, sendo que a maioria desconhecia os conceitos de pós-menopausa e climatério. No que se refere à abordagem da satisfação conjugal na fase pós-menopausa, sentia-se algum constrangimento em falar sobre o assunto, o que pode traduzir que este tema ainda é considerado como tabu. Portanto, no que toca a falar sobre si próprias, existia alguma facilidade em manter uma conversação, onde se sentiam ouvidas e compreendidas, manifestando interesse na possibilidade de existência de uma consulta de enfermagem que abordasse a pós-menopausa e a educação para a saúde que pudessem daí beneficiar. Este contexto acabou por aguçar ainda mais a curiosidade sobre a perspetiva das mulheres relativamente a este tema, aplicando algumas perguntas deste estudo, em consulta, na unidade onde me encontro a exercer funções de enfermeira de saúde familiar há mais de 19 anos, sendo cerca de 14 anos em USF, onde me senti mais confortável para questionar as utentes sobre estas temáticas, menopausa e pós-menopausa e satisfação conjugal. Verifiquei também, que existiam alguns preconceitos e descuido nesta fase de transição da vida da mulher, das mulheres para consigo mesmas e dos

côjugues em relação a elas, pelo que também demonstraram interesse na implementação de uma consulta de enfermagem nesta área da Saúde da Mulher.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Reconhecer a importância das famílias e entender o papel que elas desempenham na promoção de comportamentos de saúde tornou-se fundamental para o sucesso das políticas de saúde. Os enfermeiros de cuidados de saúde primários, por estarem próximos e conhecerem bem as famílias, têm um papel essencial na prestação de cuidados especializados, atendendo às famílias como unidades de cuidado e de cada um dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e em todos os níveis de prevenção. Nos CSP, os enfermeiros procuram a formação especializada, conhecimento das conceções teóricas de enfermagem e saberes de outras áreas para abordagens e intervenções específicas que vão de encontro à unicidade e especificidade das famílias. O EEECAESF é o profissional especializado no acompanhamento da família enquanto unidade de cuidados, ao longo de todo o ciclo vital, e que adota o enquadramento conceptual adequado à ESF, objetivando a qualidade do exercício profissional nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A nível de legislação, o Decreto-lei n.º103/2023, de 7 de novembro (Diário da República nº 215/2023) decreta que as USF devem ser constituídas por enfermeiros com o título de especialista em ESF, o que demonstra o reconhecimento dos decisores políticos da importância e influência das famílias na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e na prevenção aos diferentes níveis, reconhecendo nestes profissionais as competências necessárias para o efeito, reforçando a necessidade de os enfermeiros procurarem uma formação avançada na área da saúde familiar. Segundo Figueiredo (coord.) (2023), atualmente recomenda-se a criação de um programa nacional de saúde da família que responda eficazmente às necessidades das famílias alvos de cuidado da equipa multidisciplinar das USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, nomeadamente do EEECAESF.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da OE, os cuidados de saúde primários têm cada vez mais importância na prevenção e tratamento da doença, sendo, por consequência, importante “o papel atribuído ao Enfermeiro de Família, o qual deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários” (p. 19354). Define, a par do perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, como competências clínicas especializadas do EEECAESF, (i) 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 - considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -

se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições; (ii) lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF - gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família (Regulamento n.º 428/2018).

Este capítulo apresenta uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada sobre o percurso formativo ao longo do ENPRF. Aborda o desenvolvimento das atividades realizadas, as aprendizagens profissionais e a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do EEECAESF. Procurou-se a aquisição de novos conhecimentos em diferentes situações, experiências e vivências, promovendo um enriquecimento pessoal e profissional. Sempre com uma postura crítico-reflexiva, analisamos todas as situações e atividades observadas e vivenciadas, visando um crescimento contínuo e consciente, fundamentado nos referenciais teóricos da ESF, conforme estabelecido no protocolo de estágio (Brás, Carvalho & Morais, 2023).

3.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2018) refere que o enfermeiro especialista é aquele que detém competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados numa área de especialidade em enfermagem, partilhando um conjunto de competências comuns, extensíveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Intrínsecas a estas competências estão as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar, difundir e promover investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. De acordo com este regulamento, as competências comuns estão organizadas em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma é crucial apresentar, analisar e justificar as competências nos quatro domínios preconizados desenvolvidas em ENPRF, na USFVA.

Responsabilidade profissional, ética e legal

A tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura pela dignidade humana, com um conjunto de conhecimentos e habilidades assentes no domínio ético e deontológico, na (auto)monitorização e avaliação sistemática da prática do cuidado, no respeito pelas preferências da pessoa, família e/ou comunidade e pelos direitos humanos, na análise, interpretação e gestão de situações específicas de cuidados, potencialmente geradoras de situações comprometedoras para a pessoa/família e/ou comunidade, são os princípios essenciais da prática de enfermagem (Regulamento 140/2019, 2019). O estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) são referenciais da prática de enfermagem norteados pelo campo ético-deontológico. Segundo a OE (2015), o enfermeiro é também responsável pela humanização dos cuidados, assumindo o dever de considerar a pessoa como única, inserida numa família e numa comunidade, uma conduta responsável e ética, e valorização do respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

No percurso do ENPRF foram considerados e aplicados os princípios éticos e deontológicos com responsabilidade profissional, garantindo um ambiente seguro e uma prática de cuidados com respeito pela dignidade e direitos humanos nas consultas efetuadas na USFVA, assim como pela confidencialidade e anonimato nas atividades relacionadas com a elaboração do estudo de investigação. Na execução do estudo de investigação foram cumpridos todos os pedidos de autorização necessários aos autores das escalas, aos participantes e às instituições envolvidas. Também no decorrer do estágio surgiu a oportunidade de participar, como formanda, numa formação em serviço com o tema “Regulamento Geral De Proteção De Dados”, na USF Monção, que contribuiu para cimentar os conhecimentos e importância sobre a confidencialidade e anonimato nas atividades direcionadas aos utentes na USF Monção e USFVA.

Melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade é baseado no Despacho n.º 9390/2021 (2021), no qual é explícito que as pessoas têm o direito a cuidados de saúde que sejam apropriados para a sua condição, com rapidez e dentro de um prazo clinicamente aceitável, de forma respeitosa e alinhada com as melhores evidências

científicas e práticas de qualidade e segurança em saúde. O SNS, nas suas atividades, deve seguir diversos princípios, incluindo a qualidade baseada em evidências, executada de forma humanizada, com precisão técnica e atenção à individualidade de cada pessoa. De acordo com a OE, espera-se que o Enfermeiro Especialista incentive o desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais e práticas de qualidade, participando ativamente em programas de melhoria contínua. Além de garantir um ambiente seguro e terapêutico, a sua atuação deve englobar aspetos como a educação, orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de interpretar, disseminar e conduzir pesquisas relevantes para o aprimoramento contínuo da prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As atividades desenvolvidas no ENPRF, foram cruciais para a melhoria contínua da qualidade. No plano de melhoria contínua da USFVA, tal como descrito no primeiro capítulo, encontram-se definidos objetivos com vista a assegurar a melhoria dos cuidados ao nível do desempenho assistencial, da qualidade organizacional e da formação profissional. Neste sentido, o processo formativo contemplou quatro sessões de formação em serviço dirigidas à equipa multidisciplinar – Instrumentos de avaliação familiar (Apêndice XI); Avaliação e intervenção familiar – Documentação no SClínico (Apêndice XII); Menopausa e satisfação conjugal – Consulta de enfermagem e registos no SClínico (Apêndice XIII); Planeamento familiar – Consulta de Enfermagem e registos no SClínico (Apêndice XIV). Foi também elaborada uma apresentação do projeto do ENPRF e estudo de investigação à equipa multidisciplinar (Apêndice XV).

Com o intuito de contribuir para os objetivos da USFVA, relativamente à qualidade organizacional, foram elaborados três folhetos: um folheto informativo sobre o enfermeiro de família, com o objetivo de os utentes identificarem e reconhecerem o papel do enfermeiro de família (Apêndice XVI); um folheto informativo sobre “Planeamento Familiar” (PF), com informações sobre o que é o PF, qual a finalidade, a quem se destina e como proceder ao agendamento de consulta, contribuindo para a promoção de literacia, educação para a saúde e simultaneamente para a melhoria da acessibilidade (Apêndice XVII); um folheto informativo sobre a Menopausa com o intuito de desmistificar este conceito e informar sobre cuidados a ter, assim como incentivar as mulheres e/ou casal a recorrer a consulta com a equipa de saúde familiar (Apêndice XVIII). A elaboração e divulgação destes folhetos tiveram parecer favorável da equipa multiprofissional para,

oportunamente, ser efetuado o pedido de parecer ao departamento de qualidade da ULSAM.

Gestão dos cuidados

No âmbito da gestão dos cuidados, a OE estabelece que o Enfermeiro Especialista coordene os cuidados de enfermagem, maximizando a eficácia da sua equipa e promovendo a integração com a equipa de saúde. Além disso, ajusta a sua liderança e gestão de recursos conforme as necessidades e o contexto, visando assegurar a qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019). O Enfermeiro Especialista alinha os recursos disponíveis com as necessidades de cuidados, procurando elevar a qualidade dos mesmos. A sua posição coloca-o numa situação privilegiada para atuar como um agente de mudança.

As intervenções realizadas durante o ENPRF foram planeadas com base nas prioridades identificadas, promovendo estratégias que visassem a melhoria dos cuidados. Todo o processo foi desenvolvido em colaboração constante com a equipa multiprofissional, com o objetivo de alcançar a excelência na prática profissional (OE, 2015). No desenvolvimento pessoal da competência na área do planeamento, gestão e coordenação, salienta-se: a colaboração com a equipa de enfermagem na gestão de stock de material e vacinas necessários para a USFVA, permitindo que as atividades não fossem comprometidas por falta de reposição nas salas de enfermagem; colaboração na promoção de adesão e acessibilidade a consultas, com a elaboração dos folhetos informativos sobre a importância das consultas de planeamento familiar e menopausa, e efetuando contacto telefónico a famílias para consultas e para atualização de dados, que também geraram contributo para objetivos do plano de ação da USFVA, nomeadamente na melhoria ao acesso telefónico e na melhoria da proporção de consultas realizadas pelo enfermeiro de família. Também foi possível colaborar na integração de alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no Ensino Clínico de Cuidados à Família, enaltecendo a importância e dinâmica da ESF, tendo sido uma experiência enriquecedora pelo facto de efetuar a integração empenhando o papel de futura EEECAESF e possibilitando a transmissão de conhecimentos, nesta área, às futuras gerações de enfermeiros.

Esta competência esteve presente em todas as atividades realizadas, desde a seleção e relevância dos temas e modelos teóricos adotados, até os métodos de priorização e as estratégias escolhidas.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considera-se ter existido progressão de forma positiva ao aprimorar as duas competências associadas a este domínio: o fortalecimento do autoconhecimento e da assertividade, além da capacidade de fundamentar a prática clínica especializada em evidências científicas.

Na competência de autoconhecimento e assertividade, foi sentida uma evolução positiva aquando do envolvimento no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, mantendo uma autoconsciência tanto como pessoa quanto como enfermeira. Foram identificados limites pessoais e profissionais ao nível da comunicação eficaz com os utentes, suas famílias, a equipa multiprofissional e outras instituições parceiras, pelo facto de o ENPRF ter sido desenvolvido num contexto e população diferente (USFVA) do contexto da atividade profissional (USF Monção). Considera-se também o desenvolvimento de uma postura eficiente diante de situações de pressão ou stress, fortalecendo a resiliência, que se reflete em respostas adequadas na gestão de sentimentos e emoções. Profissionalmente, este facto relaciona-se com a capacidade de manter um elevado desempenho, garantindo cuidados de qualidade com recursos limitados à quantidade do stock fornecido, o que pode gerar potenciais conflitos ao nível da prestação de cuidados de ESF. No plano pessoal, está associado à complexidade de conciliar os diferentes papéis desempenhados na vida profissional, familiar e académica como estudante do segundo ciclo de estudos com a finalidade da obtenção do grau de mestre e de EECAESF.

Na competência de fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica, considera-se que todas as decisões e intervenções foram orientadas com base em conhecimento atualizado, válido e relevante. A atuação no ENPRF foi considerada como facilitadora nos processos de aprendizagem, com a participação no planeamento, execução e avaliação de diversas atividades formativas e de promoção da literacia em saúde. Foi importante a intervenção no campo da investigação, desenvolvendo um estudo científico e aplicando-o na USFVA. Além disso, a elaboração de folhetos informativos,

proporcionou uma significativa aquisição de conhecimentos sobre boas práticas baseadas em evidência científica, especialmente na área da ESF, além de aprimorar habilidades em pesquisa, revisão bibliográfica, e atuação como formadora.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A ESF surgiu como uma área de atuação autônoma e distinta da Enfermagem Comunitária, embora ambas estejam inseridas nos CSP devido à sua natureza. No entanto, diferem nos seus focos e objetivos: enquanto a Enfermagem Comunitária tem como principal alvo a comunidade de forma ampla, a ESF concentra-se na família como uma unidade específica e singular, valorizando suas particularidades e necessidades únicas (Figueiredo (coord.), 2023). Segundo o Regulamento nº 428/2018, os CSP têm ganho uma relevância crescente tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças. Nesse contexto, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro de família, que deve atuar como o principal eixo de organização e funcionamento, assegurando o acesso e a prestação de cuidados de saúde no âmbito dos CSP. Neste sentido, no mesmo regulamento, a OE (2018), estabelece como competências específicas do EEECAESF:

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção – considera a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, através de uma relação terapêutica, colheita de dados e monitorização de situações complexas, tendo por base a evidência científica.
- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF – gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família, nos diferentes níveis de prevenção.

Espera-se que o enfermeiro capacite as famílias, incentivando e promovendo a sua autonomia, para que assumam um papel ativo na gestão do seu próprio projeto de saúde (Regulamento nº 428/2018, 2018). O desenvolvimento das competências específicas do EEECAESF só foi possível graças à mobilização dos conhecimentos, aprendizagens e

habilidades adquiridos ao longo de todo o percurso formativo, com destaque para a experiência prática vivenciada durante o estágio.

A família enquanto unidade de cuidados

Em relação à primeira área de competência definida, que consiste em "cuidar da família como unidade de cuidados, bem como de cada um de seus membros ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção", espera-se que o EEECAESF considere a família de forma integral, promovendo a sua capacitação e apoiando-a nas suas transições. As mudanças ocorridas na sociedade portuguesa nas últimas décadas, especialmente em termos de estrutura e organização familiar, decorrentes de alterações sociodemográficas, geraram novas necessidades de saúde. Apesar dessas transformações, a família, enquanto sistema com funções sociais, continua a ser um espaço fundamental de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Figueiredo (coord.), 2023).

Durante o ENPRF, considera-se o desenvolvimento de forma positiva desta competência, cumprindo os critérios de avaliação correspondentes. Em todos os contextos em que foram prestados cuidados à pessoa e à família, tanto em consulta na USFVA, como consultas em contexto de domicílio da família, foi adotada uma abordagem fundamentada no pensamento sistémico, estabelecendo uma relação de parceria baseada no diálogo. Os planos de ação foram elaborados e focados na promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de situações complexas, utilizando uma abordagem centrada nas forças, ou seja, valorizando os recursos, habilidades e capacidades da pessoa e da família para promover sua capacitação, facilitando a adaptação e a mudança.

Os processos de avaliação e intervenção nas famílias foram conduzidos com base no referencial teórico MDAIF. Esse modelo, por meio de sua matriz operativa e outros dados avaliativos, permitiu reconhecer o sistema familiar como uma unidade complexa, aplicando um pensamento sistémico e holístico. Foram utilizados os instrumentos de avaliação familiar disponíveis no SClínico e no MDAIF, para entender a família em termos da sua estrutura, desenvolvimento, funcionamento, composição, tipo de família, etapa do ciclo vital de Duvall e sua funcionalidade. Esse processo orientou a formulação de diagnósticos e possibilitou a definição de intervenções específicas para cada família, com o objetivo de promover sua autonomia na realização de seus objetivos, respeitando sua disponibilidade e perspectiva. Dessa forma, o foco foi centrado no fortalecimento

familiar e na capacitação para enfrentar dificuldades e suas particularidades, resultando em ganhos de saúde para as famílias. Assim, durante o estágio, foi possível prestar cuidados a utentes e famílias, contando com a colaboração e orientação direta da enfermeira tutora e da restante equipa de saúde, tendo sido preservada uma postura interessada, disponível, criativa, colaborativa e empática, procurando sempre criar um ambiente de confiança que favorecesse a cooperação e facilitasse o planeamento e a concretização dos objetivos de saúde estabelecidos.

Para a concretização do estudo de investigação, foram realizadas consultas com mulheres em fase de transição de desenvolvimento – a menopausa e pós-menopausa – com ênfase também na sua relação conjugal. Estas consultas permitiram praticar o pensamento sistémico, considerando a abordagem holística, identificar problemas, preocupações, pontos fortes e recursos familiares para lidar com situações complexas. Por meio da análise da dinâmica familiar, foi possível planejar intervenções com decisões informadas e fundamentadas em evidência científica. Para tal, a comunicação foi essencial, permitindo estabelecer uma relação terapêutica de parceria, confiança e empatia, que se revelou uma poderosa fonte de apoio capaz de influenciar a mudança e o envolvimento das mulheres na promoção da saúde familiar. A opinião pessoal vai de encontro a Gottlieb (2016), que afirma que a cultura de promoção da saúde, prevenção de doenças e autocuidado se baseia na crença de que a pessoa tem a capacidade de mudar seu comportamento de saúde, possuindo o poder de transformação através da sua vontade e força. A autora também destaca que, para que haja uma parceria eficaz e colaborativa do enfermeiro, é necessário que este trabalhe junto à pessoa, alinhando-se aos objetivos definidos por ambos. Neste sentido, o enfermeiro deve estar consciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e limitações, para conseguir identificar e fortalecer as capacidades do outro. As forças essenciais para o enfermeiro incluem qualidades em áreas como mentalidade, conhecimento, relações interpessoais e defesa (Gottlieb, 2016).

As consultas de ESF e as atividades realizadas durante o ENPRF foram registadas no SClínico, o que facilitou a monitorização do processo. Nas consultas seguintes, foi possível avaliar o feedback das intervenções implementadas e formular novas intervenções de diagnóstico e cuidados, sempre que necessário. Além disso, esse registo permitiu avaliar a interação entre o enfermeiro, o utente e a família, o que também possibilitou refletir sobre o próprio desempenho, visando aprimorá-lo tanto a nível pessoal quanto profissional.

Liderança e colaboração nos processos de intervenção de ESF

Em relação à segunda área de competência, “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF”, espera-se que o EEECAESF seja capaz de gerir, articular e mobilizar os recursos necessários para prestar cuidados à família. Atualmente, as instituições de saúde orientam as suas práticas clínicas por meio de projetos, indicadores financeiros e institucionais, índices de desempenho e qualidade. No artigo 4º do Ato do Enfermeiro (OE, 2022), lê-se: “O enfermeiro, quando integrado em equipas multiprofissionais, atua em cooperação, articulação, complementaridade e/ou coordenação com outros profissionais, cujas ações sejam funcionalmente interdependentes ou complementares à sua” (p. 179). Ao longo do Estágio, considera-se que o desenvolvido dessa competência foi conseguido de forma eficaz, abrangendo suas duas unidades e atendendo aos critérios de avaliação de cada uma delas.

Em relação à primeira unidade de competência, "Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família", foi efetuada uma participação ativa nas decisões em conjunto com a enfermeira tutora, utilizando a recolha de informações, diagnósticos de enfermagem, avaliações sistemáticas do utente/família e revisão das intervenções realizadas. Isso incluiu a participação em processos de referenciação para outras equipas, como equipas médicas (médico de família), nutrição, projetos de cessação tabágica, serviço social, preparação para a parentalidade, aleitamento materno, acompanhamento de idosos em risco e rede nacional de cuidados continuados integrados. Essa abordagem permitiu adotar uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, continuidade e qualidade dos cuidados, além de promover um trabalho interdisciplinar eficaz. O uso dos sistemas informáticos de registo e referenciação interna e externa (SCLínico), através da utilização dos dados mecanográficos da enfermeira tutora, facilitou a articulação entre os serviços de saúde.

No que diz respeito à segunda unidade de competência, "Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção", na prestação de cuidados diretos à pessoa e à família em várias consultas, foram realizados cuidados focados na prevenção primária de diversas patologias (e complicações durante as fases de transição de desenvolvimento, como na menopausa e envelhecimento). Entre as ações realizadas, destacam-se o incentivo à vacinação, ao uso de preservativo, à adoção de medidas e dispositivos de segurança, ao exercício físico, a hábitos alimentares saudáveis e à restrição do consumo de substâncias, como o tabaco e o álcool. No âmbito da

prevenção secundária, foram prestados cuidados no âmbito dos rastreios, como o diagnóstico precoce, rastreio do cancro do colo do útero e incentivo à autovigilância da mama. Na prevenção terciária, nas consultas de enfermagem para grupos de risco, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, foram reforçados os ensinamentos, promovendo o autocuidado e capacitando o utente, a família e o prestador de cuidados (quando presente), com o objetivo de controlar a patologia existente e reduzir o risco de complicações. Quanto à prevenção quaternária, as intervenções foram voltadas para o respeito pela autonomia e pelas decisões dos utentes e famílias, garantindo que as decisões fossem informadas.

Foram realizadas atividades formativas de avaliação e intervenção familiar direcionadas à equipa, com o objetivo de aprimorar os resultados dos cuidados de ESF. Verificou-se que o programa informático SClínico, embora contemple o Programa de Saúde Familiar, não apresenta nem focos nem intervenções de enfermagem atribuídas a esse programa. Sabendo de antemão quais os focos de enfermagem para o programa de Saúde Familiar, foi efetuada a pesquisa de cada um no SClínico (Avaliar abastecimento de água, Avaliar adaptação à gravidez, Avaliar conhecimento sobre animal doméstico, Avaliar crença religiosa, Avaliar habitação, Avaliar papel de prestador de cuidados, Avaliar papel parental, Avaliar planeamento familiar, Avaliar processo familiar, Avaliar rendimentos, Avaliar satisfação conjugal e Avaliar suporte). Este facto atrasou algumas consultas, pela demora nos registos. Além disso, foi elaborado um folheto sobre o papel do enfermeiro de família, visando promover a visibilidade do enfermeiro de Saúde Familiar nos utentes da USFVA, podendo estender-se a outras unidades.

CONCLUSÃO

O presente relatório descreve o percurso realizado para a aquisição das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEECAESF. O documento integra a prática clínica desenvolvida durante o estágio na USFVA e o estudo de investigação científica realizado, que aborda, no contexto da saúde da mulher, a transição vivenciada na pós-menopausa e o seu impacto na satisfação conjugal.

O percurso formativo deste curso foi construído sobre 19 anos de experiência profissional, todos em CSP, sendo 9 desses anos em contexto de USF. No entanto, não foi um trajeto isento de desafios. Embora não existissem dificuldades com as novas tecnologias e plataformas de pesquisa, que sempre me fascinaram e contribuíram para a habilidade com os formatos atuais de ensino, conciliar todos os desafios não foi tarefa fácil. Este curso marcou o meu primeiro contato com ferramentas de pesquisa para a elaboração de trabalhos académicos e científicos, embora não fosse o meu primeiro estudo de investigação, sendo que este foi elaborado para conclusão do curso de licenciatura em enfermagem, com uma monografia. Creio que o maior dos desafios foi tentar conciliar a vida pessoal, profissional e vida académica, após 20 anos da conclusão do curso de licenciatura em enfermagem, tendo-o agarrado com muita força de vontade própria. Apesar dessas dificuldades, consegui adaptar-me, acompanhar as exigências do curso, mobilizar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e desenvolver novas aprendizagens, habilidades e competências. Essa trajetória permitiu-me evoluir de forma positiva em direção ao objetivo de oferecer uma prática responsável e de excelência nos cuidados de saúde, fundamentada nos princípios legais, éticos e deontológicos que regem a profissão. A minha prática passou a ser cada vez mais sustentada em evidências científicas e nas políticas de saúde, com intervenções direcionadas à pessoa, família e comunidade, mudando o meu olhar sobre a Saúde Familiar para uma visão mais holística.

O ENPRF proporcionou a oportunidade de desenvolver atividades e prestar cuidados planeados com base nos objetivos inicialmente traçados, fundamentados nos conhecimentos adquiridos durante a componente teórica. Essa abordagem crítico-reflexiva, sustentada por evidências científicas, representou um diferencial significativo na minha formação académica, além de contribuir para o meu enriquecimento profissional e pessoal. Ao longo do processo formativo, foi possível compreender que a família funciona como um sistema dinâmico em constante interação com o ambiente, que evolui ao longo do tempo e exerce múltiplas funções, como socialização, segurança, apoio

e atendimento às necessidades específicas de cada fase do ciclo vital. Assim, a família foi abordada sob a ótica do pensamento sistêmico, considerando sua totalidade, uma vez que a alteração de uma parte impacta todo o sistema, reforçando que o todo é maior do que a simples soma das partes. Esta perspectiva também levou em consideração a homeostase familiar, destacando a sua capacidade de autorregulação para manter o equilíbrio, especialmente em momentos de transição; a morfogênese, que reconhece o potencial de mudança a partir do feedback do ambiente; e a circularidade, pela qual cada membro da família influencia e é influenciado pelos outros. Dessa forma, durante o estágio, adotei uma abordagem centrada na família, implementando intervenções em parceria com ela, valorizando suas forças, capacidades e recursos. O MDAIF foi utilizado como referencial teórico e prático para orientar a avaliação e a intervenção, com os registros das atividades realizadas efetuados na plataforma SClinico.

O ENPRF também permitiu evidenciar a importância e a posição estratégica do EEECAESF, possibilitando que ele avalie e intervenha de forma especializada junto das famílias. Esta atuação, realizada em parceria com as famílias, contribuiu para o fortalecimento das suas capacidades e potencialidades, promovendo o equilíbrio e o bem-estar familiar.

No âmbito da investigação desenvolvida, foi possível identificar e descrever a percepção de mulheres, nas faixas etárias recomendadas, sobre os sintomas associados à menopausa, assim como avaliar a sua satisfação em diferentes áreas da vida conjugal. Os resultados demonstraram, que não existem evidências suficientes para afirmar a existência de uma correlação entre as variáveis analisadas, considerando-se que, na amostra utilizada, a percepção da sintomatologia vivenciada na pós-menopausa não influencia a satisfação conjugal.

Em síntese, este percurso formativo revelou-se extremamente enriquecedor, possibilitando a aquisição e o aprofundamento de novos conhecimentos, habilidades e competências. Apesar dos desafios enfrentados, especialmente relacionados ao uso de novas tecnologias, às metodologias de trabalho, e à gestão do tempo, devido às múltiplas responsabilidades pessoais, familiares e profissionais, o processo proporcionou um crescimento pessoal e profissional muito significativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aibar-Almazán, A., Brandão-Loureiro, V., Espírito Santo, J., Hita-Contreras, F., & Marques de Loureiro, N. E. (2023). Psychometric properties and validity of the Menopause Rating Scale in postmenopausal Portuguese women. *Menopause*, 30(2), 179–185. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002104>
- Almeida, A. M., Hibner, M. E. R. B., Monteiro, M. B., Mota, M. P. S., Piuzana, E. D. F., Reis, M. F., & Santos, E. C. (2021). Qualidade de Vida e sintomas climatéricos em mulheres de meia-idade que não estão em uso de terapia hormonal. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 5 no 1. <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/113>
- Araújo, A. T. (2019). Correlação entre instrumentos validados para a avaliação de sintomas climatéricos. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Farmácia. <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/2211>
- Araújo, C. L. de O., & Souza, N. L. S. A. de. (2015). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência. *Revista Kairós Gerontologia*, 149–165. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26430/18952>
- Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. *Diário da República* n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03, páginas 14 – 36.
- Assis, J., Bagnoli, V., Fonseca, A., Penteado, S., & Pinotti, J. (2003). Evaluation of orgasm in menopausal women. In NAMS 2003 – 14 th Annual Meeting, The North American Menopause Society, Sept 17-20; Miami Beach.
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos [v. de outubro de 2013]. In 64a Assembleia Geral da AMM. Retrieved from <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Baber, R. J., Panay, N., & Fenton, A. (2016). 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, 19(2), 109–150. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>
- Baltazar, C. A. F. (2011). Qualidade de vida sexual na menopausa (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã.

- Barbiani, R., Dalla, C.R., & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ag 29; 24, p.2721. <https://doi.org/10.1590/1518- 8345.0880.2721>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023). October 11, 2023, bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx
- Brás, M., Carvalho, A., & Morais, C. (2023). Guia Orientador/Protocolo de Estágio 2023/2024.
- USF Vale do Âncora (2023). Carta de Compromisso.
- Cavadas L.F., Nunes A., Pinheiro M., Silva P.T. *Acta Med Port* [Internet]. 14 de abril de 2010 [citado em 27 de janeiro de 2025]; 23(2):227-36. Disponível a partir de: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/612>
- Chadha, N., Chadha, V., Ross, S. & Sydora, B. (2016). Experience of menopause in aboriginal women: a systematic review. *Climacteric*, 1 (19), pp. 17-26.
- Costa, E. & Pinheiro, F., (2020). MENOPAUSE: PREDICTORS OF MARITAL SATISFACTION. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(02), 322–342. <https://doi.org/10.15309/20psd210208>
- Davis, S.R., Gompel, A., Lumsden, M.A., Murad, M.H., Pinkerton, J. V, Santen, R.J., Stuenkel, C.A. (2015). Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism* 100, 3975–4011. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2236>
- Decreto-Lei nº 12/2009, de 12 de janeiro, 231 (2009). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/12-2009-397324>
- Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, 4069 (2014). *Diário da República* nº 149/2014, 1ª série de 2014-08-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei nº 103/2023. Presidência do Conselho de Ministros. 7 de novembro de 2023 (2023). *Diário da República* nº 215/2023, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Duarte, A. M. B. (2010). *Climatério: o impacto sobre a condição feminina* [Tese de mestrado integrado em medicina, repositório aberto da Universidade do Porto].

[https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50132/2/Climaterio o impacto sobre a condição feminina.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50132/2/Climaterio%20o%20impacto%20sobre%20a%20condi%C3%A7%C3%A3o%20feminina.pdf)

- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (coord.), (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta.
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lusociência.
- Freitas, M. G. (coord.), (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Furtado, J., Tavares, A., Lomba, C., & Moreno, T. (2011). Circular Informativa nº. 01/2011: menopausa- conceitos e estratégias. Administração Regional de Saúde do Norte. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Menopausa_conceitos_e_estrategias_ARSN_2011.pdf
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro (2021). *Diário da República* n.º 187/2021, Série II. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Geraldes, F. (2019). *Conhecimentos e Percepções sobre a Menopausa em Mulheres dos 45 aos 60 anos em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. https://gedeonrichter.pt/wp-content/uploads/2019/04/Gedeon_Richter_LIVRO_MENOPAUSA_2018-2.pdf

- Gottlieb, L. N. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura Para a Pessoa e Família (Lusodidacta (Ed.); 1a Edição).
- Graziottin, A. (2010). Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 12 (5), 254-261.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação (Lusociência (ed.); Segunda Ed).
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>
- Heinemann, L. A. J., DoMinh, T., Strelow, F., et al. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*; 2: 67.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas Demográficas: 2022. <https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros - maio de 2016*. Lusodidacta. https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf
- International Council of Nurses. (2019). Leading Nursing, Past, Present and Future. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_RA_2019_V04_0.pdf
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice. Retrieved from GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf (internationalfamilynursing.org)
- Lomônaco, C., Ramos, M. T. de O., & Tomaz, R. A. F. (2015). O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, 30(2), 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2015.08.001>

- Lopes, M. S. O. C. (2012). Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.
- McNulty, J. K., Wenner, C. A. & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction and frequency on sex in early marriage. *Archives of Sexual Behaviour*, 45(1), 85-97. doi: 10.1007/s10508-014-0444-6
- Melby, M. & Lampl, M. (2011). Menopause, a biocultural perspective. *Annual Review Anthropology*, 40, 53-70.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00000
- Meleis, A.I. (2007) *Enfermagem Teórica. Desenvolvimento e progresso*. 4ª edição, Lippincott Williams Wilkins, Filadélfia.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, ISBN: 978-0-8261-0534-9. 641 p.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. I. (2013). A Teoria das Transições. Comunicação proferida pela autora na Conferência “A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de setembro de 2013. Porto.
- Narciso, I. & Costa, M.E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Narciso, I. de S. B. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas, mas Não Perfeitas - À Procura do Padrão Que Liga* [Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/42324>

- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). Olhares sobre a conjugalidade. Lisboa: Coisas de Ler.
- Narciso, I.; Santos, S. V. & Ribeiro, M. T. (2010). Satisfação conjugal e percepções retrospectivas do clima relacional na família de origem. Trabalho apresentado no VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga, Portugal, 2010
- Nisar, N. & Sohoo, N. A. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2 (5), 118-130.
- Norgren, M. de B. P., Souza, R. M. de Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 575–584. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300020>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006, 26 de abril). *Tomada de posição sobre investigação em Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documentos/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento N.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário Da República*, 2ª série (26), 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018. *Diário Da República*, 2ª série (135), 19354–19356. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. *Diário da República* n. 131/2022, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Pestana M.H. & Gageiro J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª edição)*. Sílabo.
- Porto Editora (2025). “satisfação” no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2025-01-19 18:20:01]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/satisfação>
- Presado, M. H. de C. V. (2013). *Climatério/Menopausa, Satisfação conjugal E Qualidade De Vida* [Tese De Doutoramento Em Psicologia Especialidade Psicologia Clínica

E Da Saúde, Universidade Aberta, Repositório Aberto da Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.2/2688>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República II Série, nº 26, de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Relvas, A. P. (1996) O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. (2004) - O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 3a ed. Porto: Edições Afrontamento.

REPE. (2015). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de abril).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.p>

Rizzon, A. L. C., Mosmann, C. P., & Wagner, A. (2013). A qualidade conjugal e os elementos do amor: um estudo correlacional. Contextos Clínicos, 6 (1), 41-49. <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.61.05>

Rodrigues, P. V. M. (2015). Impacto do processo de menopausa na satisfação relacional, sexual e autoimagem (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. (L. Ad Médic, Ed.). <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>

Tomás, C. C., Pimenta, F., Costa, P. A., Maroco, J., & Leal, I. (2018). Representações e consequências percebidas da menopausa e andropausa: resultados preliminares do EVISA. Psicologia, Saúde & Doenças, 19(1), 87-93. <http://hdl.handle.net/10400.12/7729>

- ULSAM. (2011). Regulamento Interno. https://www.ulsam.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/REGULAMENTO_INTERNO_ULSAM-verso-final.pdf
- Unidade Local De Saúde Do Alto Minho. Missão, visão e valores. ULSAM. Disponível em: <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>.
- Vilelas, J. (2022). Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento (Sílabo (ed.); 3a edição).
- Wagner, A., & Falcke, D. (2001). Satisfação conjugal e transgeracionalidade: Uma revisão teórica sobre o tema. *Psicologia Clínica*, 13, 2, 1-15.
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO.
- World Health Organization. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. <http://www.euro.who.int/>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). Menopause. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>

ANEXO I – MENOPAUSE RATING SCALE

Escala de Avaliação da Menopausa (MRS)

Quais dos seguintes sintomas se aplicam a si neste momento?

(Marque com X UMA caixa para CADA Sintoma. Para Sintomas Que Não se Aplicam, Marque "Nenhum").

Sintomas:	nenhum	ligeiro	moderado	acentuado	Extrema- mente acentuado
Pontuação =	0	1	2	3	4
1. Ondas de calor, sudorese (episódios de sudorese)	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desconforto cardíaco (consciência invulgar do batimento cardíaco, coração aos saltos, acelerado, aperto)	☐	☐	☐	☐	☐
3. Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dificuldade em dormir durante a noite, acordar cedo)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Humor depressivo (estar em baixo, triste, com vontade de chorar, falta de motivação, alterações de humor)	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritabilidade (sensação de nervosismo, tensão interior, sentir-se agressiva)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ansiedade (inquietação interior, sensação de pânico)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Exaustão física e mental (diminuição geral do desempenho, memória prejudicada, diminuição da concentração, esquecimento)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Problemas sexuais (alteração no desejo, na atividade e na satisfação a nível sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, aumento da necessidade de urinar, incontinência urinária)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Secura da vagina (sensação de secura ou ardor na vagina, dificuldade nas relações sexuais)	☐	☐	☐	☐	☐
11. Desconforto articular e muscular (dor nas articulações, queixas reumáticas)	☐	☐	☐	☐	☐

MRS QOL questionnaire_Trans_Paper_PT-Portuguese_14Apr2023

1. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG: Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). Zentralbl Gynakol 1994; 116:16-23.
2. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 22;45. doi: 10.1186/1477-7525-2-45. PMID: 15345062; PMCID: PMC516787.
3. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul 30;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28. PMID: 12914663; PMCID: PMC183844.

ANEXO II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA
CONJUGAL (EASAVIC)

EASAVIC (Narciso & Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: **1 – Nada satisfeito(a) 2- Pouco satisfeito(a) 3- Razoavelmente satisfeito(a) 4- Satisfeito(a) 5- Muito satisfeito(a) 6- Completamente satisfeito(a)**. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

	Nada satisfeito/a	Pouco satisfeito/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completament e satisfeito/a
1 O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2 A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3 O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4 A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5 O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6 A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7 O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8 O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
9 O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10 A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6
11 A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
12 A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13 A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
14 A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6
15 O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16 Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17 A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18 O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19 O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
20 O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21 O modo com expresse o que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
22 O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23 O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a)	1	2	3	4	5	6
24 O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25 A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26 O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
27 O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6

28	A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29	O apoio emocional que dou ao (à) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
30	O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31	A confiança que tenho no (na) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
32	A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33	A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
34	A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35	A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5	6
36	A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
37	A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38	Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5	6
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40	As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
41	O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
42	A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6
43	As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
44	A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6

ANEXO III – DADOS PSICOMÉTRICOS DA EASAVIC

EASAVIC (Revisão psicométrica com dados de janeiro/2010)

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

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

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

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

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

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

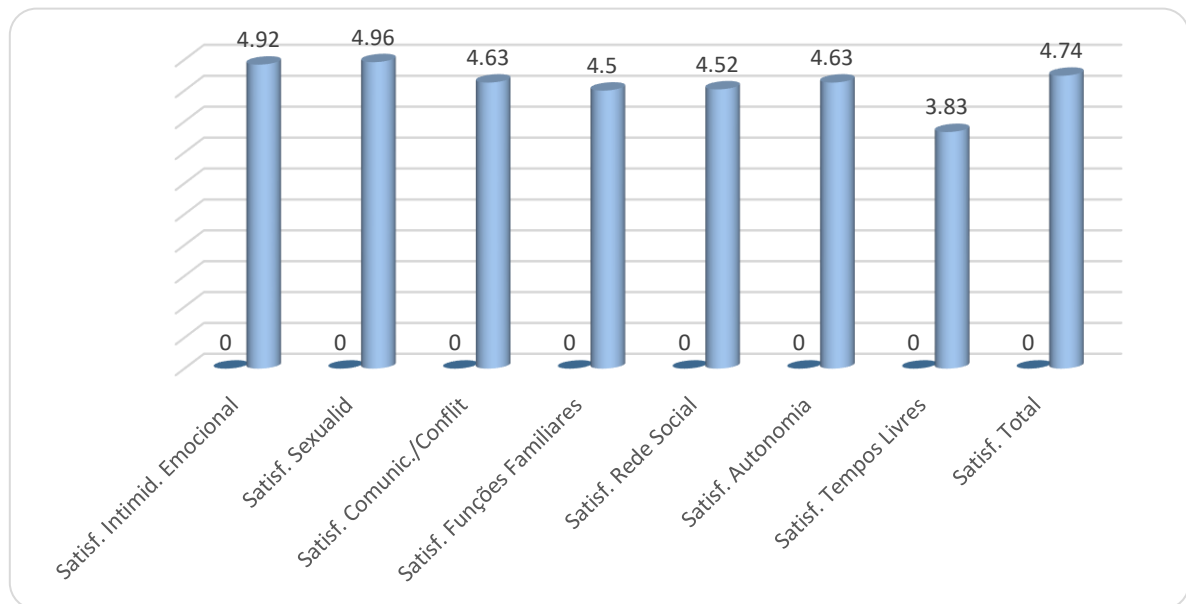
Tempos Livres: 5, 6 (alpha=.70)

Satisfação Conjugal Global (alpha=.97)

Fonte: (Narciso e Costa, 1996)

Revisão psicométrica com dados de janeiro/2010

Satisfação em Áreas da Vida Conjugal



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

Fonte: (Narciso e Costa, 1996)

APÊNDICES

APÊNDICE I – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Operacionalização das variáveis em estudo

Variável	Classificação	Atributo	Codificação
Idade	Quantitativa numérica	Número de anos	Nº
Estado Civil	Qualitativa nominal	Casada	1
		Viúva	2
		União de facto	3
		Divorciada	4
Habilitações Académicas	Qualitativa Ordinal	Menos de 4 anos de escolaridade	1
		1º ciclo do ensino básico	2
		2º ciclo do ensino básico	3
		3º ciclo do ensino básico	4
		Ensino secundário	5
		Curso Tecnológico/Profissional/Outros	6
		Bacharelato	7
		Licenciatura	8
		Pós-graduação	9
Ativa Profissionalmente	Qualitativa Nominal Dicotómica	Sim	1
		Não	2
Com quem vive	Qualitativa Nominal	Sozinha	1
		Com companheiro(a)/namorado(a)	2
		Com companheiro(a)/namorado(a) e filho(s)	3
		Outra opção	4
Escala MRS	Quantitativa Ordinal	Nenhum	0
		Ligeiro	1
		Moderado	2
		Acentuado	3
		Extremamente Acentuado	4
Escala EASAVIC	Quantitativa Ordinal	Nada satisfeita	1
		Pouco satisfeita	2
		Razoavelmente satisfeita	3
		Satisfeita	4
		Muito satisfeita	5
		Completamente satisfeita	6

APÊNDICE II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA
ULSAM

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 80/2023 -CES	 Pág. 1 de 3
---	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: N.º 89 de 24/10/2023 Assunto: Autorização para realizar um trabalho científico intitulado “Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”.	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Mestranda Carla Sá Pereira do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; Orientador Professora Maria Cândida Cracel Viana.
--	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Autorização para a realização da Pesquisa Clínica/Investigação Clínica subordinada ao tema “Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”, com o objetivo de identificar a perceção das mulheres pós-menopáusicas da sua satisfação conjugal e identificar a relação entre os sintomas na pós-menopausa e a satisfação conjugal. Este estudo realiza-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no segundo ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no ano letivo 2023/2024.

Tipo de Estudo:

Trabalho de investigação de metodologia quantitativa, com estudo observacional descritivo, correlacional e transversal.

Objetivo:

Objetivo Geral: analisar a relação da sintomatologia vivenciada na pós-menopausa com a satisfação conjugal, em mulheres inscritas na USFVA.

Objetivos Específicos: identificar os sintomas e grau de intensidade percecionados pelas mulheres que vivenciarem a pós-menopausa; identificar o grau de satisfação conjugal por áreas da vida conjugal; relacionar a sintomatologia vivenciada no período pós-menopausa com a satisfação conjugal.

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 80/2023 -CES	Pág. 2 de 3
---	--	-------------

Metodologia

População Alvo: mulheres inscritas na USF Vale do Âncora na lista de utentes da enfermeira tutora, com idade superior a 50 anos. Será selecionada uma amostra de carácter não probabilístico por conveniência.

Critérios de inclusão: mulheres na fase pós-menopausa há pelo menos 10 anos, com idade superior a 50 anos e inscritas na lista da enfermeira tutora.

Critérios de exclusão: mulheres que não soubessem ler ou interpretar português, com inscrição esporádica e que não tivessem contato de email válido.

Para este estudo foram selecionados dois instrumentos, tendo como base os objetivos do estudo, a sua aplicabilidade e facilidade no preenchimento: o Menopause Rating Scale (MRS) e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. O questionário será elaborado no Google Forms. Os dados obtidos depois da aplicação das escalas serão codificados e introduzidos numa tabela da base de dados da versão 29 do SPSS — Statistical Program for Social Sciences — a fim de se proceder ao tratamento estatístico.

Anonimato e Confidencialidade dos Participantes:

A mulher só poderá responder após aceitar o consentimento informado. A participação será voluntária. Toda a informação recolhida será mantida estritamente confidencial. Apenas as investigadoras do projeto terão acesso aos dados. A informação fornecida destina-se exclusivamente para fins estatísticos do presente estudo e serão apresentadas de forma agregada, garantido a confidencialidade da informação, que será destruída após conclusão do estudo.

Autorizações:

Foi obtida a autorização do Coordenador da USF Vale do Âncora e da Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Caminha.

2. Fundamentação

A área de atenção, para a realização deste estudo, é a fase da pós-menopausa, por ser uma das fases do climatério. Menopausa e climatério, apesar de terem significados distintos, são habitualmente considerados como sinónimos, inclusive por profissionais de saúde. Por este motivo, considera-se importante clarificar cada um.

O climatério é o período de transição na vida da mulher, caracterizado por um declínio progressivo da função ovárica, associando, com frequência, um conjunto de sinais e/ou sintomas, assim como, irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros. É dividido em três fases: pré, peri e pós-menopausa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), a menopausa é o momento único e natural da última menstruação, isto é, identifica-se após um ano de amenorreia sem outra causa identificada. Habitualmente, ocorre entre os 45 e 55 anos. Considera-se menopausa precoce quando ocorre entre os 40 e os 45 anos, e menopausa tardia quando ocorre depois dos 54 anos. A menopausa decorre do processo natural do envelhecimento feminino (Souza & Araújo, 2015). Desta

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 80/2023 -CES	Pág. 3 de 3
---	--	-------------

forma, a menopausa representa de um acontecimento fisiológico, ao qual estão associados um conjunto de sintomas que interferem com o bem-estar físico e emocional, a vida quotidiana, familiar e profissional. Apresenta-se como um período de transição com grandes mudanças para a mulher, sendo um processo natural e bem determinado (Tomás et al., 2018; WHO, 2015).

Schumacher e Meleis (1994) consideram transições de desenvolvimento a passagem da infância para a adolescência, a parentalidade e o envelhecimento, incluindo fenómenos como a menopausa e a aposentação. Desta forma, poder-se-á considerar que este é um período de maior vulnerabilidade para a mulher. Com este estudo, pretende-se analisar se esta transição desenvolvimental da mulher poderá provocar alterações na saúde familiar, nomeadamente na satisfação conjugal.

Fortin define a questão de investigação como "(...) uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações" acrescentando que é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica" (Fortin, 1999, p. 51). Desta forma, foi concebida a seguinte questão de investigação:

"Qual a relação entre a sintomatologia vivenciada pela mulher no período pós-menopausa e a sua satisfação conjugal?"

3. Conclusão/parecer

Não se afigura serem desrespeitadas as exigências éticas e legais para o fim em vista do estudo, pelo que deve ser dado parecer positivo ao solicitado.

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas 16 referências.

Relator(es)	Nelson Rodrigues
Ratificado em reunião do dia	30/ 11 / 2023
Enviado parecer: __/__/__	

30/11 / 2023

O Presidente da CES

12-12-2023
Avaliação
Pres. da CES

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

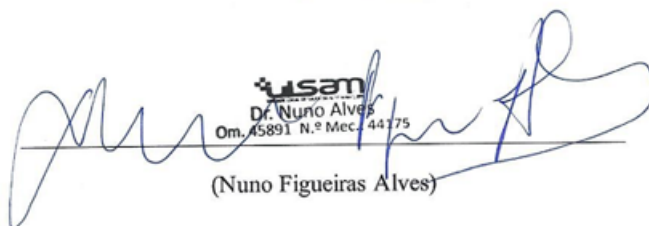
APÊNDICE III – PARECER DO COORDENADOR DA USFVA

PARECER

Dr. Nuno Figueiras Alves, Coordenador da Unidade de Saúde Familiar do Vale do Âncora, dá parecer favorável à aplicação de duas escalas a mulheres com idade superior a 50 anos, inscritas na Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora, na lista da enfermeira tutora, sobre a temática Pós-menopausa e Satisfação Conjugal, no âmbito do Projeto de Estágio intitulado “Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”.

O estudo será aplicado pela mestranda Carla Sá Pereira do segundo ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB).

Vila Praia de Âncora, 23 de Outubro de 2023




Dr. Nuno Alves
Om. 45891 N.º Mec. 44175
(Nuno Figueiras Alves)

APÊNDICE IV – PARECER DA ENFERMEIRA GESTORA DO CENTRO DE
SAÚDE DE CAMINHA

PARECER

Enfermeira Olga Leite, Enfermeira Gestora no Centro de Saúde de Caminha, dá parecer favorável à aplicação de duas escalas a mulheres com idade superior a 50 anos, inscritas na Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora, na lista da enfermeira tutora, sobre a temática Pós-menopausa e Satisfação Conjugal, no âmbito do Projeto de Estágio intitulado “Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”.

O estudo será aplicado pela mestranda Carla Sá Pereira do segundo ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB).

Vila Praia de Âncora, 19 de outubro de 2023



(Olga Leite)

APÊNDICE V – ESTUDO DE NORMALIDADE

Estatísticas Descritivas

		Idade	Soma MRS	Soma EASAVIC	N válido (de lista)
N	Estatística	34	34	34	34
Intervalo	Estatística	23	28	202	
Mínimo	Estatística	51	0	62	
Máximo	Estatística	74	28	264	
Soma	Estatística	2152	479	5732	
Média	Estatística	63,29	14,09	168,59	
	Erro Padrão	,930	1,459	8,581	
Desvio padrão	Estatística	5,425	8,508	50,033	
Variância	Estatística	29,426	72,386	2503,280	
Assimetria	Estatística	-,361	-,175	-,419	
	Erro Padrão	,403	,403	,403	
Curtose	Estatística	-,504	-1,189	,147	
	Erro Padrão	,788	,788	,788	

APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Assunto: *Pedido de autorização para questionário a fim de desenvolver um estudo sobre “Satisfação conjugal da mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”, na USF Vale do Âncora, da ULSAM EPE.*

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Satisfação conjugal da mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar.

Enquadramento: No âmbito da Unidade Curricular (UC) do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no segundo ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no ano letivo 2023/2024, foi proposta a realização de um Projeto de Estágio, que norteará o desenvolvimento do estágio. O mesmo decorrerá na Unidade de Saúde Familiar de Vale do Âncora (USFVA), da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), entre o dia 01 de outubro de 2023 e 29 de março de 2024, sob a orientação da professora mestre Cândida Cracel e da enfermeira tutora mestre Sandra Carvalho.

Explicação do estudo: O principal objetivo deste estudo analisar a relação da sintomatologia vivenciada na pós-menopausa com a satisfação conjugal, em mulheres inscritas na USF Vale do Âncora, com intuito de contribuir para a intervenção do enfermeiro de família.

Condições de financiamento: não será solicitado qualquer tipo de financiamento, estando o orçamento previsto a cargo da investigadora.

Confidencialidade e anonimato: A sua participação é totalmente voluntária e anónima, não existindo no questionário qualquer questão que a identifique. Todas as respostas são estritamente confidenciais

¹ Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos [v. de outubro de 2013]. In 64a Assembleia Geral da AMM. Retrieved from <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsingui.pdf>

² Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. [Diário da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03](#), páginas 14 - 36

e só a investigadora tem acesso às mesmas. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, EPE. Serão preservados os princípios enunciados na Declaração de Helsínquia, com vista a preservar a confidencialidade/privacidade, protegendo a integridade individual das participantes.

Assim, venho por este meio junto de Vossa Excelência, solicitar a participação no questionário.

Estarei ao vosso dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Carla Sá Pereira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e enfermeira na USF Monção.

ULSM, EPE – USF Vale do Âncora

Contato telefónico: 963124433

Email: 85045@ulsam.min-saude.pt

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração de Vossa Excelência

Pede deferimento.

Assinatura: _____

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

BI/CC nº: _____ Data ou Validade: ____/____/____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE VII – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO
DA MRS

De: Carla Sá <carla.sa@ulsam.min-saude.pt>
Enviado: 18 de outubro de 2023 23:14
Para: vloureiro@ipbeja.pt <vloureiro@ipbeja.pt>
Assunto: Pedido de autorização

Exma. Sra. Professora Doutora Vânia Azevedo Ferreira Brandão Loureiro,

Carla Sá Pereira, aluna do I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre o Instituto Politécnico de Viana, Instituto politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vêm por este meio solicitar autorização para utilizar a Menopause Rating Scale validada para português. Esta autorização destina-se ao Relatório Final com estudo de investigação, intitulado **“Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”**, inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, tendo como orientador a Professora Mestre M^a Cândida Cracel e será realizado após a obtenção das devidas autorizações institucionais.

Gostaria também de solicitar o envio da escala, e se possível do estudo completo que levou à sua validação, para este mail, por favor.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Peço deferimento.

Com os mais respeitosos cumprimentos



De: Vânia Azevedo Ferreira Brandão de Loureiro <vloureiro@ipbeja.pt>

Enviado: 28 de dezembro de 2024 16:39

Para: Carla Sá <carla.sa@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização

Exma. Sr.ª Dr.ª Carla Sá

Agradecemos o seu contato e o interesse em utilizar a “*Menopause Rating Scale*” (MRS) no âmbito do seu estudo de investigação, intitulado “Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”.

Confirmamos a autorização para o uso da escala no contexto do seu Relatório Final, inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, sob a orientação da Professora Mestre Mª Cândida Cracel.

Segue em anexo a *Menopause Rating Scale* (MRS) validado para português, conforme solicitado. Adicionalmente, incluo o estudo de validação para auxiliar na fundamentação do seu trabalho.

Desejo-lhe muito sucesso no desenvolvimento do seu estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Vânia Loureiro

Professora Coordenadora



E-mail: vloureiro@ipbeja.pt

Telefone: +351 284 314 400 | Ext: 02021

Rua Pedro Soares

Campus do Instituto Politécnico de Beja

Apt.6155 | 7800-295 Beja (PT)

www.ipbeja.pt

[ResearchGate](#) | [ORCID](#) | [SCOPUS ID](#) | [Ciência Vitae](#)

Membro do Centro de Investigação e Inovação em Desporto Atividade Física e Saúde - SPRINT

Coordenadora do Grupo de Investigação Atividade Física, Saúde e Comunidades Sustentáveis (RG-6185-401660) - SPRINT

Vogal da Rede de Escolas com Formação em Desporto do Ensino Superior Politécnico Público

REDESPP redepolitecnicosdesporto.com/

APÊNDICE VIII – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO
DA EASAVIC

RE: Pedido de utilização da escala EASEVIC

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

Data dom, 2023-10-15 11:35

Para Carla Sá <carla.sa@ulsam.min-saude.pt>

 3 anexos (319 KB)

Dados Psicométricos EASAVIC.doc; EASAVIC.doc; Referência EASAVIC.docx;

Cara Carla

Votos de um bom trabalho.

Cumprimentos

Isabel Narciso

De: Carla Sá <carla.sa@ulsam.min-saude.pt>

Enviada: 15 de outubro de 2023 11:31

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

Assunto: Pedido de utilização da escala EASEVIC

Importância: Alta

Cara Professora Doutora Isabel Narciso,

Carla Sá Pereira, aluna do 2º ano do I Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre o Instituto Politécnico de Viana, Instituto politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vem por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala EASEVIC (Narciso e Costa, 1996). Esta autorização destina-se à elaboração do Relatório Final com estudo de investigação, intitulado **“Satisfação conjugal na mulher a vivenciar a pós-menopausa: contributo para a intervenção do enfermeiro de saúde familiar”**, inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, tendo como orientador a Professora Mestre Ma Cândida Cracel e será realizado após a obtenção das devidas autorizações institucionais. Venho solicitar-lhe a utilização da sua escala e pedir-lhe o favor de, no caso de lhe ser possível, me enviar as mesmas. Caso contrário, agradeço que me informe como as posso obter. Agradeço desde já a atenção dispensada, Peço deferimento.

Com os mais respeitosos cumprimentos

Carla Sá

Enfermeiro

USF Monção

Centro Saúde Monção

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

Centro Saúde Monção | 4950-404 Monção

T: 251 653 926 | E: 26 421 | M:

www.ulsam.min-saude.pt

APÊNDICE IX – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR GRAU DE SATISFAÇÃO
E ÁREAS DA VIDA CONJUGAL

Tabela 5 - Distribuição das respostas por grau de satisfação e áreas da vida conjugal.

Áreas de Satisfação da Vida Conjugal		Grau de Satisfação											
		Nada satisfeita		Pouco satisfeita		Razoavelmente e satisfeita		Satisfeita		Muito satisfeita		Completamente satisfeita	
		ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
1	O modo como gerimos a nossa situação financeira	4	11,80	2	5,90	6	17,60	13	38,20	4	11,80	5	14,70
2	A distribuição das tarefas domésticas	2	5,90	5	14,70	4	11,80	15	44,10	3	8,80	5	14,70
3	O modo como tomamos decisões	1	2,90	3	8,80	9	26,50	13	38,20	2	5,90	6	17,60
4	A distribuição de responsabilidades	1	2,90	2	5,90	8	23,50	14	41,20	3	8,80	6	17,60
5	O modo como passamos os tempos livres	2	5,90	3	8,80	4	11,80	19	55,90	1	2,90	5	14,70
6	A quantidade de tempos livres	2	5,90	4	11,80	6	17,60	16	47,10	2	5,90	4	11,80
7	O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2,90	2	5,90	6	17,60	16	47,10	5	14,70	4	11,80
8	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	5	14,70	5	14,70	3	8,80	14	41,20	6	17,60	1	2,90
9	O modo como nos relacionamos com a minha família	0	0,00	0	0,00	6	17,60	17	50,00	8	23,50	3	8,80
10	A minha privacidade e autonomia	0	0,00	2	5,90	5	14,70	14	41,20	7	20,60	6	17,60
11	A privacidade e a autonomia do meu cônjuge	2	5,90	4	11,80	7	20,60	11	32,40	6	17,60	4	11,80
12	A nossa relação com a minha profissão	1	2,90	1	2,90	7	20,60	15	44,10	5	14,70	5	14,70
13	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	3	8,80	2	5,90	6	17,60	17	50,00	4	11,80	2	5,90
14	A frequência com que conversamos	5	14,70	3	8,80	7	20,60	13	38,20	3	8,80	3	8,80
15	O modo como conversamos	5	14,70	2	5,90	9	26,50	11	32,40	4	11,80	3	8,80
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	5	14,70	2	5,90	6	17,60	16	47,10	3	8,80	2	5,90
17	A frequência dos conflitos que temos	6	17,60	2	5,90	5	14,70	12	35,30	6	17,60	3	8,80
18	O modo como resolvemos os conflitos	4	11,80	4	11,80	6	17,60	11	32,40	6	17,60	3	8,80
19	O que sinto pelo meu cônjuge	3	8,80	0	0,00	4	11,80	11	32,40	9	26,50	7	20,60
20	O que o meu cônjuge sente por mim	5	14,70	0	0,00	1	2,90	10	29,40	10	29,40	8	23,50
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	4	11,80	0	0,00	5	14,70	12	35,30	6	17,60	7	20,60
22	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	4	11,80	3	8,80	3	8,80	11	32,40	8	23,50	5	14,70
23	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	9	26,50	2	5,90	5	14,70	11	32,40	4	11,80	3	8,80
24	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	7	20,60	0	0,00	6	17,60	12	35,30	5	14,70	4	11,80
25	A frequência que temos relações sexuais	9	26,50	1	2,90	5	14,70	13	38,20	2	5,90	4	11,80

26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	9	26,50	0	0,00	6	17,60	9	26,50	8	23,50	2	5,90
27	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	9	26,50	0	0,00	2	5,90	13	38,20	7	20,60	3	8,80
28	A qualidade das nossas relações sexuais	9	26,50	0	0,00	5	14,70	11	32,40	5	14,70	4	11,80
29	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	3	8,80	1	2,90	2	5,90	16	47,10	7	20,60	5	14,70
30	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	5	14,70	2	5,90	2	5,90	15	44,10	6	17,60	4	11,80
31	A confiança que tenho no meu cônjuge	3	8,80	2	5,90	4	11,80	7	20,60	7	20,60	11	32,40
32	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	2	5,90	1	2,90	6	17,60	9	26,50	5	14,70	11	32,40
33	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	4	11,80	2	5,90	2	5,90	11	32,40	7	20,60	8	23,50
34	A admiração que o meu cônjuge tem por mim	4	11,80	3	8,80	1	2,90	11	32,40	8	23,50	7	20,60
35	A partilha de interesses e actividades	5	14,70	0	0,00	7	20,60	12	35,30	4	11,80	6	17,60
36	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	4	11,80	1	2,90	6	17,60	13	38,20	3	8,80	7	20,60
37	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	5	14,70	3	8,80	5	14,70	13	38,20	3	8,80	5	14,70
38	Os nossos projectos para o futuro	5	14,70	1	2,90	6	17,60	13	38,20	3	8,80	6	17,60
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da relação	5	14,70	1	2,90	0	0,00	16	47,10	6	17,60	6	17,60
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	5	14,70	0	0,00	1	2,90	15	44,10	7	20,60	6	17,60
41	O aspecto físico do meu cônjuge	4	11,80	1	2,90	3	8,80	15	44,10	7	20,60	4	11,80
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	4	11,80	1	2,90	3	8,80	15	44,10	6	17,60	5	14,70
43	As características e hábitos do meu cônjuge	6	17,60	2	5,90	5	14,70	10	29,40	8	23,50	3	8,80
44	A opinião do meu cônjuge sobre os meus comportamentos e hábitos	4	11,80	2	5,90	4	11,80	13	38,30	7	20,60	4	11,70

APÊNDICE X – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
FAMILIAR

AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
Tema: Instrumentos de Avaliação Familiar (IAF)		Data: a definir	
Local: USF Vale do Âncora		Duração: 1h	
População Alvo: Equipa multidisciplinar			
Formador: mestranda, sob orientação da Enfermeira Tutora			
Finalidade: Contribuir para a atualização de conhecimentos sobre a temática.			
Objetivos	Estratégias	Recursos	Avaliação
• Refletir sobre a importância da utilização dos IAF para a avaliação familiar. • Identificar os IAF.	• Apresentação em PowerPoint	• PowerPoint • Computador portátil • Projetor • Tela branca	• Questionário de satisfação

APÊNDICE XI – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO
FAMILIAR – DOCUMENTAÇÃO NO SCLÍNICO

AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
Tema: Avaliação e intervenção familiar no programa de Saúde da Família, no SClínico		Data: a definir	
Local: USF Vale do Âncora		Duração: 1h	
População Alvo: Equipa de enfermagem			
Formador: mestranda, sob orientação da Enfermeira Tutora			
Finalidade: Contribuir para a melhoria da avaliação e intervenção familiar pela equipa de enfermagem da USFVA.			
Objetivos	Estratégias	Recursos	Avaliação
• Refletir sobre a importância da avaliação e intervenção familiar. • Refletir sobre a importância dos registos de enfermagem, no Programa de Saúde da Família, no SClínico.	• Apresentação em PowerPoint; • Elaborar de um guia de apoio aos registos de enfermagem, no Programa de Saúde da Família, no SClínico.	• PowerPoint • Computador portátil • Projetor • Tela branca	• Questionário de satisfação

APÊNDICE XII – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: MENOPAUSA E SATISFAÇÃO
CONJUGAL – CONSULTA DE ENFERMAGEM E REGISTOS NO SCLÍNICO

AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
Tema: Consulta de Enfermagem na Menopausa		Data: a definir	
Local: USF Vale do Âncora		Duração: 30 min	
População Alvo: Equipa de enfermagem			
Formador: mestranda, sob orientação da Enfermeira Tutora			
Finalidade: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da realização de consultas de enfermagem na fase da Menopausa.			
Objetivos	Estratégias	Recursos	Avaliação
• Refletir sobre a importância da realização de consultas de enfermagem na Menopausa. • Analisar os conceitos Menopausa e Climatério. • Identificar intervenções de enfermagem na Menopausa existentes no SClínico.	• Apresentação em PowerPoint.	• Sclínico • PowerPoint • Computador portátil • Projetor • Tela branca	• Questionário de satisfação

APÊNDICE XIII – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: PLANEAMENTO FAMILIAR –
CONSULTA DE ENFERMAGEM E REGISTOS NO SCLÍNICO

AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
Tema: Consulta de Planeamento Familiar (PF)		Data: a definir	
Local: USF Vale do Âncora		Duração: 30 min	
População Alvo: Equipa de enfermagem			
Formador: mestranda, sob orientação da Enfermeira Tutora			
Finalidade: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos registos de PF, segundo o Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização (BIIMC).			
Objetivos	Estratégias	Recursos	Avaliação
• Identificar os indicadores relativos ao PF, segundo o BIIMC. • Conhecer a monitorização mais recente dos indicadores relacionados com PF. • Debater sobre prováveis lacunas nos registos de enfermagem.	• Apresentação em PowerPoint. • Debate.	• Mim@uf • PowerPoint • Computador portátil • Projetor • Tela branca	• Questionário de satisfação

APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO E ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO			
Tema: Projeto de Investigação e Atividades de Estágio		Data: 14/12/2023	
Local: USF Vale do Âncora		Duração: 30 min	
População Alvo: Equipa de Enfermagem			
Formador: mestranda, sob orientação da Enfermeira Tutora			
Finalidade: Informar a equipa de enfermagem da USFVA sobre o projeto de investigação e as atividades que vão ser implementadas durante o estágio.			
Objetivos	Estratégias	Recursos	Avaliação
• Conhecer o tema do estudo de investigação e a sua importância. • Conhecer as atividades propostas.	• Apresentação em PowerPoint.	• PowerPoint • Computador portátil • Projetor • Tela branca	• Questionário de satisfação

APÊNDICE XV – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE O ENFERMEIRO DE
FAMÍLIA

Elaborado por:

Enf.ª Carla Sá Pereira, mestranda do I Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem da Saúde Familiar, sob orientação da Enf.ª Especialista Sandra Carvalho. 2024



Contatos:

☎ 258 959 070

✉ usf.valedoancora@ulsam.min-saude.pt

ENFERMEIRO DE FAMÍLIA



Sabe quem é o seu?

O que é ser Enfermeiro de Família?

O Enfermeiro de Família é o profissional que integra a equipa de saúde e assume a responsabilidade pela **“prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”** (Decreto-Lei 118/2014, de 5 de agosto).

O Enfermeiro de Família cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos ao longo do ciclo vital do indivíduo e da família, e aos diferentes níveis de prevenção.

Em novembro de 2023, foi decretado que todos os Enfermeiros de Família deverão ser detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Decreto-Lei 103/2023, de 7 de novembro).

O que faz o Enfermeiro de Família?



Quem é o seu Enfermeiro de Família?

O seu Enfermeiro de Família é o enfermeiro que trabalha em equipa com o seu médico de família.

Como agendar uma consulta com o seu Enfermeiro de Família?

Pode agendar com o secretário clínico ou com o seu Enfermeiro de Família, por telefone e/ou email.



APÊNDICE XVI – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE “PLANEAMENTO
FAMILIAR”



Contatos:



258 959 070



usf.valedoancora@ulsam.min-saude.pt

Elaborado por:

Enf. Carla Sá Pereira, mestranda do I Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem da Saúde Familiar, sob orientação da Enf. Especialista Sandra Carvalho. 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO ALENQUER



CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PLANEAMENTO FAMILIAR



O QUE DEVO SABER?

O QUE É?

O Planeamento Familiar representa uma componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva. É um conjunto de serviços, medicamentos e produtos essenciais que possibilitam às pessoas e/ou casal, alcançar e planear o número de filhos desejados e o espaçamento dos nascimentos. A decisão de ter ou não filhos, assim como a escolha do momento para ter filhos, é um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias.

QUAL A FINALIDADE?

- Promover uma vivência sexual gratificante e segura;
- Preparar uma maternidade e paternidade saudáveis;
- Prevenir a gravidez indesejada;
- Reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir o número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Aconselhar e fornecer método contraceutivo;
- Rastreio do cancro do colo do útero, da mama e de infeções sexualmente transmissíveis, por exemplo, Virus da imunodeficiência humana (VIH), Virus do papiloma humano (HPV), gonorreia, sífilis e hepatites virais.

Enquadra-se no:

- Direito à vida;
- Direito ao padrão mais elevado de saúde;
- Direito de decidir o número e espaçamento de filhos que se deseja ter;
- Direito à privacidade;
- Direito à informação;
- Direito à igualdade e não discriminação.

QUE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EXISTEM NOS CENTROS DE SAÚDE DE FORMA GRATUITA?

- Pílula
- Preservativo
- Anel vaginal
- DIU (cobre e hormonal)
- Implante hormonal



COMO POSSO AGENDAR UMA CONSULTA?

Pode agendar através do secretário clínico ou com o seu Enfermeiro de Família, por telefone e/ou email.

QUANDO DEVO FAZER UMA CONSULTA?

Deve realizar uma Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar uma vez por ano e sempre que surgir alguma dúvida/preocupação.

APÊNDICE XVII – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A MENOPAUSA



Contatos:

☎ 258 959 070

✉ usf.valedoancora@ulsam.min-saude.pt

Elaborado por:

Enf. Carla Sá Pereira, mestranda do I Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem da Saúde Familiar, sob orientação da Enf. Especialista Sandra Carvalho, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

MENOPAUSA



O QUE PRECISO SABER PARA CUIDAR DE MIM E DOS OUTROS?

Leia, para bem da sua saúde

MENOPAUSA

É o **momento** da última menstruação se, no prazo de um ano, se verificar ausência de período menstrual.



CLIMATÉRIO

Período pré e pós-menopausa durante no qual, frequentemente, ocorre um conjunto de sintomas: irregularidade menstrual, alterações de humor, alterações do sono, suores, afrontamentos, alteração da imagem corporal, entre outros.



Alterações do seu bem-estar



Alterações do bem-estar familiar

O QUE FAZER PARA DIMINUIR OS SINTOMAS QUE PODEM OCORRER?



- ▶ Ter um **estilo de vida saudável**: ter uma alimentação saudável, praticar atividade física regular, como por exemplo, caminhada durante 30 minutos, e promover a higiene do sono (evitar cafeína, álcool, alimentos pesados, dispositivos eletrónicos e outras atividades excitantes antes de ir dormir).
- ▶ Aplicar estratégias para **alívio dos sintomas**: meditação, relaxamento, respiração calma e controlada.
- ▶ Fazer os **Rastreios Oncológicos** aconselhados pela sua equipa de saúde.
- ▶ Tratamento farmacológico, se o seu médico prescrever.



**Consulte a sua equipa de
Saúde Familiar**