



SATISFAÇÃO CONJUGAL: UM DESAFIO À ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Relatório de Estágio

Florbela Correia Dias

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar**

Ano letivo 2023/2024

Satisfação conjugal: um desafio à enfermagem de saúde familiar

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda:

Florbela Dias, nº 735

Orientadora:

Professora Doutora Carminda Morais

Enfermeira Tutora:

Mestre Elsa Cerqueira

“Esta obra é inacabada”.
(Saint-Exupéry, in *Cidadela*)

Faço das palavras de Saint-Exupéry as minhas.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as famílias com as quais tive oportunidade de cuidar ao longo deste meu percurso de formação.

A cada uma de vocês, que me permitiram entrar nos seus corações, partilho a minha gratidão por confiarem no meu cuidado e no compromisso que a Enfermagem de Saúde Familiar exige. Cada história, cada desafio, cada momento de aprendizagem foi um presente que me tornou mais forte e mais sensível ao valor da Enfermagem de Saúde Familiar.

A verdadeira essência da enfermagem reside na relação que construímos com as pessoas. É com esse espírito de entrega e compromisso que caminhei e sigo em frente, procurando sempre melhorar a qualidade do cuidado, reconhecendo o quanto cada família é única e essencial no meu caminho profissional.

AGRADECIMENTOS

Esta odisséia não será lembrada apenas pelos momentos finais, embora esses também sejam importantes. O que ficará marcado na memória serão as estradas que percorri, os desafios enfrentados, as alegrias partilhadas e as pessoas que encontrei ao longo do caminho. Essas experiências, com as suas dificuldades e superações, tornaram este trajeto numa verdadeira aventura de vida. O que mais me orgulha não são as etapas cumpridas, as descobertas que fiz durante estes anos de dedicação, resiliência e perseverança. Assim como em qualquer caminhada da vida, o percurso foi trilhado ao lado de pessoas que, com espírito colaborativo, enfrentaram comigo os desafios, reforçaram as minhas forças, sempre com palavras de ânimo, carinho e coragem. A todos que fizeram parte desta caminhada, o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Carmina Morais, pela orientação exemplar, perseverança e constante apoio ao longo de todo o processo. As suas sugestões, sempre preciosas, foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Esta demonstrou que ser Professor significa muito mais do que transmitir conhecimentos, mas sim, ser fonte de inspiração, desafiar, guiar e acompanhar. É semear curiosidade, cultivar o pensamento crítico-reflexivo e, sobretudo, acreditar no potencial de cada aluno. É aquele que facilita descobertas, cuja presença constante, com empatia e dedicação, ajuda a moldar o futuro daqueles que sempre foram o centro da sua ação: os alunos.

Ao Enfermeiro Luís Faria pelo apoio, compreensão e pela força constante durante este percurso.

À Enfermeira Elsa pela orientação dada enquanto tutora.

À minha família pelo apoio e principalmente aos meus pais e irmã pelo exemplo de vida e pelo amparo sempre que precisei, sobretudo por cuidar dos meus filhos sempre que a mãe estava ausente. Vocês foram sempre o meu alicerce, o meu “circum navigant”, o meu porto seguro. Agradeço-vos pelo amor incondicional, pela paciência nas horas difíceis e pelo apoio constante em cada passo que dei nesta minha caminhada. Cada conquista minha também é vossa. Obrigada por estarem incondicionalmente ao meu lado, presenteando-me com muita força e inspiração, que se traduziram no conforto de ter a certeza que a distância e os desafios não são impeditivos, pois a nossa união sempre foi e será a maior fonte de energia que eu tenho.

Tenho imenso orgulho de ser vossa filha e irmã, o meu Muito Obrigada!

Ao Bruno, o meu companheiro de todas as horas, contigo, ao meu lado, transformámos os desafios em vitórias. O teu apoio incondicional e afeto foram as forças motrizes para que eu chegasse até aqui. Juntos, somos mais fortes, e cada passo que dei foi mais leve por te ter ao meu lado. Estou-te imensamente grata por teres aceitado caminhar a meu lado e por seres uma das minhas maiores fontes de inspiração e de verdadeiro amor.

Aos meus filhos Diogo e Inês... Às vezes, a inspiração está escondida nos lugares mais difíceis de alcançar, bem dentro de nós. Sinto-me mais forte e capaz porque quero que, ao olharem para mim, percebam que não há desafio, obstáculo ou qualquer força externa que tenha mais poder sobre o nosso destino do que nós próprios. Quero que saibam que esta viagem foi possível, acima de tudo, com a vossa alegria e olhar de ternura, sempre radiante quando me viam chegar a casa ou a sentar-me à mesa. A vossa inocência foi um bálsamo para os momentos mais difíceis, um acalento, o meu maior conforto. Sem a vossa inspiração, este caminho da “mamã” não teria chegado ao fim. Amo-vos para além do infinito e peço-vos desculpas por todas as horas que vos subtraí. Todavia, estive a lutar por vós, por mim, pela nossa família. Imensamente grata!

RESUMO

Enquadramento: Satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da família é um objetivo central da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), especialmente no trabalho com casais nas consultas de saúde sexual e reprodutiva. Esta problemática surgiu como prioritária em sede de reunião com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, por assumir uma relevância indelével no âmbito da prática colaborativa de ESF e ainda face ao seu baixo índice na unidade.

Objetivos: Apresentar a síntese e reflexão no âmbito das competências previstas comuns e específicas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ECAESF) Avaliar a satisfação conjugal dos casais, cujas mulheres inscritas na Consulta de Planeamento Familiar numa USF do Norte do país; identificar determinantes sociodemográficas da satisfação conjugal dos casais.

Pretende-se ainda dar resposta a uma exigência para a atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária (EC) na área de ESF, com vista a atribuição posterior do Título Profissional de Enfermeira Especialista na área de ECAESF, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Método: Estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional, transversal. Utilizou-se um questionário sociodemográfico (*ad hoc*), a Escala de Satisfação Conjugal de Enrich, adaptada e validada para Portugal por Nunes et al. (2022^{a,b}).

Resultados: Amostra constituída por 122 participantes, maioritariamente mulheres (96,7%), com média de idade de 43,43±6,71 anos; todos casados/união de facto, com uma média de coabitação 16,00±6,67 anos; 85,2% têm filhos; 45,9% possuem o ensino secundário. Maioritariamente classificaram o seu estado de saúde global e de saúde mental como “Bom” (66,4% vs. 51,6%). Os níveis médios de satisfação conjugal foram de 42,26 ±1,72 para a dimensão satisfação marital e 18,39±1,38 para a distorção idealizada, com um percentil global de 39,15 ±1,64. A idade e as habilitações literárias mostraram diferenças significativas na distorção idealizada ($p<0,05$).

Durante a prática clínica tive oportunidade de desenvolver competências comuns e específicas do EEESCAESF

Conclusões: O estudo demonstrou que a maioria dos utentes da Consulta de Planeamento Familiar era do sexo feminino, o que reflete uma maior adesão das mulheres a este tipo de acompanhamento em saúde. Predomínio de participantes com mais de 45 anos, em grande parte casados ou em união de facto, e com relações marcadas por uma coabitação

prolongada. Entre as mulheres com 45 anos ou menos, destacaram-se níveis elevados de satisfação conjugal, ainda que associados a um grau mais acentuado de distorção implícita. Além disso, foi possível identificar que variáveis como a idade, a escolaridade e a percepção de saúde apresentam uma influência estaticamente significativa a satisfação conjugal, o que reforça a complexidade dos fatores que moldam as dinâmicas relacionais no seio da família. Face a estes resultados, torna-se pertinente a implementação de uma avaliação sistemática da satisfação conjugal, utilizando um instrumento validado no contexto português. Esta prática poderá reforçar a consolidação de intervenções baseadas na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade das relações conjugais entre os casais acompanhados na USF.

Palavras-chave: Família, Casal, Satisfação conjugal, Consulta do Planeamento Familiar, Enfermeiras Especialistas em Saúde da Família.

ABSTRACT

Background: Meeting the healthcare needs of the family is a central goal of Family Health Nursing (FHN), particularly in work with couples attending sexual and reproductive health consultations. This issue emerged as a priority during a team meeting with the nursing staff of a Family Health Unit, due to its significant relevance within the collaborative practice of FHN and its low engagement rate within the unit.

Objectives: To present a synthesis and reflection within the scope of the general and specific competencies expected of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (FHN-SCN). To assess marital satisfaction among couples whose female partners are enrolled in the Family Planning Consultation of a Family Health Unit in northern Portugal; and to identify sociodemographic determinants of marital satisfaction. Additionally, this work aims to fulfil a requirement for the awarding of the Master's Degree in Community Nursing (CN) in the area of FHN, as a prerequisite for the subsequent attribution of the Professional Title of Specialist Nurse in the area of FHN-SCN, by the Portuguese Nursing Order (OE).

Method: Quantitative, observational, descriptive-correlational, cross-sectional study. A sociodemographic questionnaire (ad hoc) and the ENRICH Marital Satisfaction Scale, adapted and validated for the Portuguese context by Nunes et al. (2022a, b), were used.

Results: The sample consisted of 122 participants, mostly women (96.7%), with an average age of 43.43 ± 6.71 years; all were married or in de facto unions, with an average cohabitation period of 16.00 ± 6.67 years; 85.2% had children; 45.9% had completed secondary education. Most participants rated their overall and mental health status as "Good" (66.4% vs. 51.6%). The average levels of marital satisfaction were 42.26 ± 1.72 for the marital satisfaction dimension and 18.39 ± 1.38 for idealized distortion, with an overall percentile of 39.15 ± 1.64 . Age and educational attainment showed significant differences in idealized distortion ($p < 0.05$). During clinical practice, I had the opportunity to develop both the general and specific competencies of a Specialist Nurse in Family and Community Health Nursing (FHN-SCN).

Conclusions: The study showed that most users of the Family Planning Consultation were women, reflecting a greater adherence by women to this type of health care. The sample was predominantly over 45 years old, mostly married or in de facto unions, with long-term cohabitation. Among women aged 45 or younger, higher levels of marital satisfaction were

observed, albeit associated with a more pronounced degree of implicit distortion. Moreover, variables such as age, educational level, and perceived health showed a statistically significant influence on marital satisfaction, reinforcing the complexity of factors that shape relational dynamics within the family. These findings underscore the need for the systematic assessment of marital satisfaction using a validated instrument in the Portuguese context. This practice could reinforce the implementation of evidence-based interventions, contributing to the improvement of relationship quality among couples followed in the Family Health Unit.

Keywords: Family, Couple, Marital Satisfaction, Family Planning Consultation, Specialist Nurses in Family Health.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BI – Bilhete de Identidade

CCF - Cuidados Centrados na Família

CEB – Ciclo do Ensino Básico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DI - Distorção Idealizada

ECAESF - Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EE - Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESF - Enfermeiro de Saúde Familiar

et al. – e outros autores

F - Valor do teste ANOVA – one way;

HTA – Hipertensão Arterial

ICN - *International Council of Nurses*

IPO - Instituto Português de Oncologia

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

M – Média

máx. – Máximo

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

min. - Mínimo

n - frequência;

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p – Página

p - Valor de significância (*p-value*)

PCT – Conversão em percentis

R - Coeficiente de correlação de Spearman

R² - coeficiente de determinação/proporção da variação da variável dependente

R² ajustado - versão do R² tendo em consideração o número de variáveis independentes no modelo

SEM - *Enrich Marital Satisfaction*

SM - Satisfação Marital

t – Valor de Teste T de Student

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TLC - Teorema do Limite Central

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO.....	VII
ABSTRACT	IX
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XI
SUMÁRIO.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS.....	XVII
INTRODUÇÃO	19
1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	25
1.2. SATISFAÇÃO CONJUGAL	29
1.3. Enfermagem de Saúde Familiar: a centralidade das famílias	34
CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR.....	39
CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO.....	41
3.1. Metodologia.....	41
3.1.1. Justificação da problemática	42
3.1.2 Questões de Investigação, Objetivos e Finalidade.....	44
3.1.3 Tipo de Estudo	45
3.1.4 População e Amostra	45
3.1.5 Instrumento de Recolha de Dados	47
3.1.6. Procedimento de Recolha de Dados.....	48
3.1.7. Questões Éticas	49
3.1.8. Procedimentos estatísticos	50
3.2. Apresentação de Resultados	51
3.2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	51
3.2.2. Satisfação conjugal	52
3.2.3. Estudo da interferência das variáveis sociodemográficas na satisfação conjugal.....	53
3.2.3.1 Estudo da normalidade	53
Satisfação marital	54
3.2.3.2. Estudo da consistência interna das dimensões da Escala de Satisfação Conjugal na amostra.....	55
3.2.3.3. Determinantes sociodemográficas da satisfação conjugal	55
3.2.3.4. Variáveis preditoras da satisfação conjugal	56
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
3.4. CONCLUSÕES.....	63
3.5. LIMITAÇÕES	63

3.6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	64
CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	101
Anexo I - Protocolo de recolha de dados.....	103
APÊNDICES	109
Apêndice I - Declaração de consentimento informado	111
Apêndice II - PowerPoint Satisfação conjugal, a importância da avaliação da satisfação conjugal - Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal - a Escala de Enrich	112
Apêndice III - Pósteres	113
Apêndice IV - Artigo informativo sobre a importância da Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva	115
APÊNDICE V – CARTAZ RELATIVAMENTE À SEMANA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	117
Apêndice VI - Mensagens relativamente ao Enfermeiro de Família afixadas na porta de entrada de cada gabinete de enfermagem e na porta da sala de tratamentos da USF	118
APÊNDICE VII – OFERTAS PARA OS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA DA USF MAIS SAÚDE.....	119

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das participantes no estudo	52
Tabela 2: Percentis da satisfação conjugal	52
Tabela 3: Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	54
Tabela 4: Consistência interna das dimensões da Escala de Satisfação Conjugal na amostra.	55
Tabela 5: Relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação conjugal	56
Tabela 6: Análise de regressão múltipla entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação conjugal	57
Figura 1: Histogramas da normalidade.....	55

INTRODUÇÃO

O compromisso com a excelência na Enfermagem está profundamente relacionado com o desenvolvimento profissional, um elemento central no processo de ensino-aprendizagem e na formação especializada. Este desenvolvimento é crucial para manter os conhecimentos e as competências atualizados, sendo essenciais numa área da saúde que está em constante evolução. O desenvolvimento profissional não é apenas uma exigência, mas um valor fundamental que molda o profissionalismo na Enfermagem. Ele amplia a capacidade do enfermeiro para além da formação inicial e das qualificações, contribuindo para uma prática competente e para elevados padrões de cuidados. Este empenho no profissionalismo e na formação reflete-se nas atitudes e na motivação dos enfermeiros, que veem o desenvolvimento contínuo como essencial para manter os seus conhecimentos atualizados e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Mlambo et al., 2021).

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana Castelo, foi estruturado com o intuito de desenvolver e consolidar um nível especializado de várias competências nos estudantes, sendo estas: pessoais e ético-deontológicas, relacionais, metodológicas, técnico-científicas, educativas e pedagógicas. Esta é uma condição *sine qua non* para a viabilidade da formação em contexto da prestação de cuidados, a investigação em Enfermagem, a gestão e o progresso da qualidade nos cuidados de saúde.

Assim, este relatório tem com objetivos: desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem em saúde familiar, centrando a intervenção na promoção de saúde, prevenção da doença e acompanhamento ao longo do ciclo vital das famílias, numa perspetiva de proximidade, autonomia e responsabilidade; consolidar capacidades de planeamento, implementação e avaliação de intervenções individualizadas e comunitárias, sustentadas na evidência científica e alinhadas com os princípios da enfermagem de saúde familiar e os determinantes da saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) estabeleceu que a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista e o grau de Mestre depende da realização de um estágio, acompanhado da elaboração de um relatório, a ser realizado no contexto da prestação de cuidados. Este processo favorece a aprendizagem prática e a consolidação de conhecimentos, permitindo o cumprimento dos objetivos de aprendizagem e a aquisição de

competências. O relatório de estágio é uma ferramenta crucial para avaliar o progresso do processo de aprendizagem, sendo uma reflexão crítica detalhada e contextualizada de todo o trabalho desenvolvido, com uma análise fundamentada dos diversos aspetos e atividades realizadas durante o estágio (OE, 2021).

Durante o percurso para a aquisição das competências comuns e específicas para o Enfermeiro de Saúde Familiar (ESF), várias temáticas emergem como essenciais para a prática de cuidados familiares, sendo passíveis de exploração por meio de investigação, o que é fundamental para o avanço da área da Enfermagem.

No decorrer do trajeto realizado com vista à aquisição de competências comuns e específicas relativas ao ESF, várias temáticas se tornam pertinentes para a prática de cuidados à família, podendo ser exploradas através da investigação, essencial para a evolução da disciplina de Enfermagem.

O ESF, devido à sua proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo de vida, desempenha um papel significativo no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua intervenção é essencial na avaliação e apoio às famílias, sendo crucial compreender as experiências vividas em diferentes processos de transição para antecipar as suas necessidades e prestar o suporte adequado (da Silva et al., 2021). Assim, a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da família é um dos objetivos centrais da ESF.

O trabalho desenvolvido no âmbito desta prática envolve uma abordagem colaborativa com as famílias, com especial foco nos casais durante a Consulta de Planeamento Familiar. Este tema foi escolhido após discussão com a equipa de enfermagem orientadora do estágio, na Unidade de Saúde Familiar (USF), tendo sido identificado o Planeamento Familiar como um indicador com menor desempenho na unidade. Esta problemática surgiu como prioritária em sede de reunião com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar, por assumir uma relevância indelével no âmbito da prática colaborativa de ESF e ainda face ao seu baixo índice na Unidade. A forma como os casais percebem a sua relação e as suas perspetivas gerais determinam o nível de satisfação conjugal. Casais com elevada satisfação conjugal tendem a experienciar menor nível de stresse, mais felicidade e maior resiliência face a dificuldades da vida.

A satisfação conjugal é um dos elementos mais importantes dentro do sistema familiar. Ela não só reflete a satisfação com a vida conjugal, mas também com a vida familiar, favorecendo o crescimento e desenvolvimento conjugal. Pelo contrário, a insatisfação conjugal pode gerar impactos negativos nas relações sociais, aumentar sentimentos de solidão e isolamento, além de gerar graves conflitos familiares (Mamene et al., 2022).

Criar e manter uma relação significativa e positiva com um parceiro romântico é uma das componentes centrais da experiência humana. Independentemente das diferenças culturais, em quase todas as partes do mundo, as pessoas estabelecem formas de relações de compromisso. Em muitas culturas, o ato de contrair um casamento formal tem um significado tradicional e abre um novo capítulo na vida do casal (Dobrowolska et al., 2020). A nível transcultural, o estado civil é considerado um dos fatores de previsão do bem-estar individual e relacional. A qualidade da coabitação e da união de um casal pode ser descrita como satisfação conjugal - um constructo que abrange pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados com a relação com o parceiro (Falconier, et al., 2015). Os parceiros que relatam uma maior satisfação conjugal (e menos discórdia na relação) também referem ter menos acontecimentos negativos na vida, melhor comunicação, maior apoio mútuo ou capacidade de lidar com as situações diárias, menos sintomas de sofrimento psicológico e, em geral, melhor saúde (Sorokowska et al., 2017).

Essencial para a qualidade e a estabilidade das relações amorosas, a satisfação conjugal é a avaliação subjetiva global de uma pessoa sobre a qualidade do seu relacionamento. Pode ser “apenas um reflexo de quanto as pessoas estão felizes no seu casamento, ou pode ser uma composição da satisfação em várias facetas específicas do relacionamento conjugal” (Afonso, 2018, p. 3). Ainda na perspetiva da mesma autora, é uma avaliação pessoal e subjetiva da conjugalidade quer em função ao amor, quer em relação ao funcionamento conjugal. Por outro lado, e como referem Adib-Hajbaghery et al. (2021), o relacionamento do casal é o primeiro modelo de interação para os filhos, sendo a base para a construção de futuros padrões de relacionamento na vida adulta. A satisfação conjugal pode ser, então, um dos mediadores de uma coparentalidade mais afetiva e coesa, relacionada com níveis mais elevados de bem-estar infantil.

Como forma de dar cumprimento ao suprarreferido, o presente relatório de Estágio de Natureza Profissional (ENP) insere-se no 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, cujos objetivos são demonstrar a aquisição de conhecimentos e competências de nível de 2º ciclo de estudos e, simultaneamente conducentes à atribuição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pela OE.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da OE, o enfermeiro especialista detém um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhe conferem expertise na prestação de cuidados especializados numa área específica da enfermagem. Estas competências são cruciais em qualquer profissão e envolvem uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes. Os conhecimentos são compostos por factos, conceitos, teorias e ideias estabelecidas que sustentam a compreensão de determinada área; as habilidades referem-se à capacidade de aplicar esses conhecimentos para alcançar resultados; e as atitudes refletem a disposição e a forma de agir ou reagir diante de diferentes situações (Jokiniemi et al., 2021).

A enfermagem é uma prática orientada pela arte, moral e ética do cuidado e da responsabilidade, que se desenvolve nas interações entre o enfermeiro e a pessoa assistida (Benner, 1984). De acordo com o regulamento da OE (2019), no seu Artigo 3.º,

- a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, pressupondo que este profissional partilhe um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Por conseguinte, ao longo do estágio desenvolvi as competências comuns do EE: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019, p. 4745, Artigo 3.º),

O ESF é um profissional de referência no acompanhamento especializado da família, como unidade de cuidados ao longo do ciclo vital. Como preconiza a OE, no âmbito das

competências de especialista, este profissional de saúde “cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, pp. 19357-19358).

A experiência dos enfermeiros na participação em investigação tem sido muito diversificada e culturalmente dependente. Um ambiente em mutação que aprecie e apoie o crescimento da investigação exige que se estude os problemas que vão surgindo na prática profissional dos enfermeiros. Nestes pressupostos, e face à realidade supracitada, aliado à importância que o enfermeiro de família desempenha junto das famílias surge o presente projeto de investigação, para o qual foi formulada a seguinte questão de investigação:

“Qual a satisfação conjugal de casais, cujas mulheres com idade compreendida entre 30 e 54 anos, inscritas na Consulta de Planeamento Familiar identificadas na lista de utentes de uma USF do Norte do país?”

Este trabalho está organizado em quatro capítulos principais, cada um com um foco específico que visa a análise e reflexão sobre a prática de Enfermagem de Saúde Familiar, com foco específico na satisfação conjugal, no âmbito da Consulta de Planeamento Familiar. O Capítulo I - Enquadramento Teórico introduz os conceitos fundamentais de Enfermagem de Saúde Familiar, abordando também a temática da satisfação conjugal, essencial para entender o impacto da relação conjugal no contexto da saúde familiar. Além disso, discute-se a intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar no funcionamento familiar, destacando o papel do enfermeiro no cuidado às famílias. O Capítulo II - Caracterização do Contexto de Estágio de Natureza Profissional em Saúde Familiar descreve a Unidade de Saúde Familiar onde o estágio foi realizado, proporcionando um panorama do ambiente de prática e a sua relação com a Enfermagem de Saúde Familiar. No Capítulo III - Estudo Empírico, são apresentadas as metodologias adotadas para a investigação, incluindo a justificação da problemática, os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo, a amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos de recolha de dados e as questões éticas. Este capítulo também inclui a análise estatística dos dados e a apresentação dos resultados, seguida de uma discussão sobre as implicações para a prática clínica de Enfermagem de Saúde Familiar e considerações finais. Por fim, o Capítulo IV - Competências Profissionais Desenvolvidas discute as competências adquiridas ao longo do estágio, com foco no desenvolvimento do

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, particularmente na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Este trabalho visa não apenas explorar a teoria e a prática da Enfermagem de Saúde Familiar, mas também refletir sobre as competências desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas no cuidado à família.

1. CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo, intitulado Enquadramento Teórico, abordo conceitos-chave para a compreensão da prática da Enfermagem de Saúde Familiar, com foco na importância da família como unidade central de cuidados. O mesmo é constituído por três subcapítulos essenciais. O primeiro subcapítulo, Enfermagem de Saúde Familiar, tem como objetivo explorar a definição e os princípios desta especialidade da enfermagem, destacando o seu papel na promoção da saúde e bem-estar das famílias, ao longo do seu ciclo vital. Seguir-se-á o subcapítulo Satisfação Conjugal, com base em evidências científicas, uma vez que a qualidade do relacionamento entre os membros da família pode influenciar diretamente o seu estado de saúde. O terceiro subcapítulo, Enfermagem de Saúde Familiar: a centralidade das famílias, enfatiza a importância da família no contexto dos cuidados de saúde, refletindo sobre como as intervenções de enfermagem devem ser centradas na família como um todo, considerando as suas necessidades específicas e dinâmicas internas.

1.1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O conceito de família e de enfermagem familiar é fundamental nos cuidados de saúde, destacando o papel da família na gestão da saúde e na prestação de cuidados. A enfermagem familiar envolve uma abordagem holística que reconhece a família como uma unidade de cuidados, focando-se nas suas dinâmicas, relações e nos resultados de saúde (Luttik, 2020). Esta perspetiva é cada vez mais relevante em diversos contextos de cuidados de saúde, como evidenciado por vários estudos.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), *browser* CIPE 2019, via Ordem dos Enfermeiros, 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 considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.

O conceito de família remete para uma instituição social multifacetada que varia significativamente consoante as culturas e os contextos históricos. Funciona como uma unidade fundamental da sociedade, influenciando a identidade individual, os valores morais e a dinâmica social (Dursun, 2024).

O conceito de família, tal como é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), abrange uma variedade de definições e funções que refletem o seu papel essencial na promoção da saúde e na estrutura social. As famílias são unidades fundamentais para o desenvolvimento individual e para a estabilidade da sociedade, influenciando comportamentos e resultados de saúde (OMS, 2021).

As famílias são frequentemente definidas como as unidades sociais mais pequenas, compostas, na maioria das vezes, por pais e filhos. No entanto, podem também incluir familiares alargados, como avós, tios ou primos (Arslan, 2023). A estrutura das famílias tem vindo a evoluir ao longo do tempo, com as famílias nucleares e alargadas a adaptarem-se a mudanças sociais, como a urbanização e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (Arslan, 2023).

Além de serem unidades sociais, as famílias desempenham um papel crucial na promoção da saúde. Funcionam como ambientes onde os comportamentos de saúde são moldados e aprendidos, contribuindo para a formação de hábitos e atitudes que influenciam a saúde física e mental dos seus membros (Michaelson et al., 2021). Diversos modelos sublinham fatores ecológicos e a diversidade cultural, destacando a necessidade de abordagens inclusivas para a promoção da saúde familiar, que respeitem e integrem as características e realidades de cada grupo familiar (Michaelson et al., 2021).

A perceção da família pode variar consideravelmente, uma vez que a definição de família vai além dos laços biológicos. A investigação sugere que muitos indivíduos, incluindo aqueles provenientes de contextos de acolhimento, reconfiguram a ideia de família com base em ligações emocionais e afetivas, em vez de vínculos genéticos (Gardner, 2010). O ambiente de apoio dentro das famílias é, de facto, determinante para o desenvolvimento do apego e para o bem-estar emocional dos seus membros, sublinhando a importância das dinâmicas familiares de apoio e cuidado (Gardner, 2010).

Embora a OMS sublinhe a importância da família nos contextos de saúde, é essencial reconhecer que a definição de família é fluida e pode variar de acordo com as culturas e as

experiências individuais. Esta variabilidade destaca a necessidade de estratégias de promoção da saúde que sejam adaptáveis e que considerem a diversidade das estruturas e dinâmicas familiares em diferentes contextos culturais e sociais (Michaelson et al., 2021).

A família, enquanto sistema social dinâmico, aberto e formado por interações recursivas, existe num contexto marcado pela instabilidade, intersubjetividade e complexidade. Esta unidade reúne um conjunto de valores, crenças, saberes e práticas que lhe conferem uma identidade única (Oliveira et al., 2011; Figueiredo, 2023). Importa destacar que a família atravessa um ciclo de vida composto por várias fases, nas quais também ocorre o desenvolvimento dos subsistemas, conceito utilizado para descrever o grau de diferenciação do sistema familiar.

A família, reconhecida como a unidade social mais relevante da sociedade, passou por mudanças na sua estrutura, funções e organização, resultantes de transformações sociodemográficas, numa dinâmica de inter-influência e constante redefinição, que geraram novas necessidades no campo da saúde (Spínola & Figueiredo, 2023). Contudo, independentemente da sua composição e estrutura, as famílias desempenham funções específicas para preservar a coesão da unidade familiar, atendendo às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade.

A relevância da família nos cuidados de saúde tem-se refletido, não só no enriquecimento da literatura de Enfermagem, mas também no desenvolvimento de políticas de saúde. Segundo Figueiredo (2023, p. 212), a saúde familiar, vista sob um

prisma co-evolutivo das representações e crenças dos membros da família e da família enquanto um todo, manifesta-se nas crenças sobre os comportamentos de saúde e as ações a serem tomadas em caso de doença.

A ESF

tem-se desenvolvido, no âmbito teórico, com a emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, e na investigação, com a mudança de paradigma, destacando a família como objeto de estudo (Figueiredo, 2023, p. 129).

Assim, ainda em consonância com a autora supracitada, reconhecer e aceitar a família como unidade de transformação possibilita uma abordagem mais focada nas suas forças e potenciais, especialmente no que diz respeito à satisfação conjugal (Figueiredo, 2023).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no apoio às pessoas ao longo do ciclo de vida, especialmente aquelas que vivem com condições de saúde a longo prazo. No entanto, qualquer pessoa depende dos membros da família para apoio domiciliário e para a autogestão das suas condições (Figueiredo, 2023). Tal pode provocar mudanças no papel da família, gerando stress na unidade familiar, à medida que lutam para se adaptar a novas circunstâncias. Os enfermeiros de saúde familiar estão em uma posição ideal para reconhecer esta situação e para apoiar as famílias, desenvolvendo relações de confiança e respeitando cada membro da família e a sua contribuição para a saúde e o bem-estar de todos (Figueiredo, 2023).

Face a esta realidade, a ESF tem vindo cada vez mais a ter ênfase no cuidado da família como um todo, tendo o foco no cuidado de todos os membros da família, cujas necessidades são consideradas, uma vez que a própria definição de família remete para um grupo de duas pessoas ou mais relacionadas por nascimento, casamento ou adoção e a residir em conjunto (Van Riper, 2020). Todas essas pessoas são consideradas como membros de uma família e, como tal, o ESF deve ter como foco a família como um todo, numa visão holística (Van Riper, 2020). Um atributo comum nas definições é a integração dos cuidados de enfermagem à família como um todo e aos membros individuais da família, tendo em conta as relações entre os membros (Wright & Leahey, 2013). Os enfermeiros e as famílias trabalham em conjunto para melhorar o sucesso da família e dos seus membros na adaptação à transição normativa e situacional na reação à saúde e à doença (Wright & Leahey, 2013). A prática da inclusão da unidade familiar nos cuidados a pessoas pacientes com doença/perda/incapacidade, em vez de apenas se centrar no doente com uma perspetiva individual, leva o ESF a estar focado na interação, na reciprocidade, nas relações entre a doença, o doente, a família e os sistemas em que residem, numa visão sistémica (Van Riper, 2020).

A ESF encontrou o apoio político necessário para se afirmar como um campo específico dentro da Enfermagem. A integração da ESF nas unidades funcionais de cuidados de saúde primários, como as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), foi estabelecida pelo Decreto-Lei nº 118/2014, que define o Enfermeiro de Família como

o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, 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 nº 118/2014, de 5 de agosto, artigo 2.º, p. 4070).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar estão definidas pela OE no Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho de 2018. Estas competências incluem o cuidado à família como unidade de cuidados, bem como a atenção a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida, em diferentes níveis de prevenção e nas suas transições, além de liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da ESF.

Uma das funções cruciais do ESF consiste na promoção da homeostasia da família, contribuindo para o fortalecimento da unidade familiar e para a manutenção ou recuperação da saúde, quando necessário (Figueiredo, 2023). Assim, no contexto da satisfação conjugal os ESF desempenham um papel relevante utilizando a sua *expertise* para desenvolver e promover intervenções. Um dos aspetos mais importantes do sistema familiar é a satisfação que os casais sentem ao longo da sua união (Zahedi et al., 2024). A satisfação com a vida conjugal implica a sua satisfação com a família, e a satisfação familiar significa satisfação com a vida, cujo resultado será facilitar o crescimento de cada família e a sua interação com a sociedade em que se insere. Por outro lado, a insatisfação conjugal pode levar a uma deterioração das relações sociais, a sentimentos de solidão e ao isolamento, bem como a graves conflitos familiares (Zahedi et al., 2024), sendo este um tema a abordar seguidamente.

1.2.SATISFAÇÃO CONJUGAL

A satisfação conjugal é a avaliação geral da pessoa sobre o casamento/união e um reflexo da função e felicidade conjugal, sendo considerada um dos objetivos da união (Heidari et al., 2017). A evidência mostra que a satisfação conjugal tem um grande impacto na saúde física e mental dos casais e filhos, sendo essencial para a continuidade da vida conjugal (Heidari et al., 2017). O sentimento de satisfação conjugal em cada casal refere-se à sua coordenação e adaptação com o cônjuge na organização da vida conjugal, coordenação no

tempo de lazer, divisão das tarefas domésticas, interação e comunicação mútua, relações sexuais e expressão de sentimentos um pelo outro (Jor et al., 2023).

A satisfação conjugal refere-se às sensações subjetivas de felicidade, contentamento e prazer que um cônjuge experiencia ao avaliar todos os elementos do casamento/união (King, 2016). Dobrowolska et al. (2020) descrevem a satisfação conjugal como a avaliação de uma pessoa sobre o seu próprio casamento e como um reflexo da sua felicidade e funcionalidade. A maior parte das investigações sobre a satisfação conjugal foi realizada nos Estados Unidos, apesar de este campo ter começado a florescer no final do século XX e continuar a atrair investigadores de todo o mundo (Feijão & Morais, 2018).

Segundo a literatura (Al-Darmaki et al., 2019; Kanter & Proulx, 2021; Kincaid, 2022), a satisfação conjugal influencia a saúde mental e física, a integração social e o bem-estar subjetivo de uma pessoa ao longo da vida. A duração da união de um casal é afetada pela satisfação conjugal.

Relativamente aos benefícios de uma relação conjugal satisfatória, destaca-se a melhoria na qualidade de vida e na saúde emocional dos membros do casal. Embora os homens tendam a relatar níveis mais elevados de satisfação conjugal do que as mulheres, essa diferença não se mantém constante em todos os estudos (Ferrão et al., 2019). Além disso, fatores sociodemográficos, como boa saúde e rendimento familiar elevado, funcionam como a proteção para a manutenção de uma elevada satisfação conjugal. Casais satisfeitos tendem a reportar maiores níveis de satisfação, melhor capacidade de lidar com situações adversas, uma perceção mais positiva da sua competência parental e menos sintomas depressivos (Choi & Jung, 2021). Para além disso, a satisfação conjugal é o principal preditor da qualidade da parentalidade, influenciando a autoeficácia e a competência percebida no desempenho do papel parental (Choi & Jung, 2021).

A satisfação conjugal pode ser um determinante crucial da função cognitiva. O casamento é uma instituição social única com um impacto duradouro no curso de vida de um indivíduo. As consequências do casamento permeiam várias facetas da vida social. O casamento afeta diretamente os resultados emocionais e psicológicos, influencia comportamentos e estilos de vida, e reconfigura os contextos sociais mais amplos nos quais os indivíduos operam (Ferrão et al., 2019). Devido ao papel influente do casamento nas experiências de vida de um indivíduo, as dinâmicas sociais dentro de um casamento podem impactar significativamente a função cognitiva. De acordo com esta perspetiva, vários

estudos investigaram a relação entre a satisfação conjugal e resultados cognitivos (Nunes et al., 2022; Kim & Kwon, 2023).

De acordo com Vilas (2015, p. 8), tendo por base a perspectiva de vários autores, a satisfação conjugal, tal como a familiar, “pode ser representada por uma curva em forma de U ao longo do ciclo de vida”. Nesse sentido, “é possível observar um aumento da satisfação antes do nascimento do primeiro filho e na fase do “ninho vazio”, enquanto a satisfação tende a diminuir nas fases intermédias da educação dos filhos”. De facto, a ideia de que a satisfação conjugal segue “uma curva em forma de U é frequentemente encontrada em estudos sobre a percepção da satisfação conjugal, tanto em casais como nas percepções das esposas e da qualidade conjugal” (Vilas, 2015, p. 8).

Relativamente à influência da satisfação conjugal no funcionamento familiar, a investigação mostra que baixos níveis de satisfação estão associados a relações pais-filhos mais distantes, disciplina mais severa e menor responsividade e sensibilidade parental para com os filhos, o que é prejudicial para o desenvolvimento das crianças (Ferrão et al., 2019). Evidências recentes enfatizam que a relação conjugal entre os pais pode ter repercussões importantes no desenvolvimento sócioemocional e problemas comportamentais das crianças (Konishi et al., 2018). Além disso, a insatisfação conjugal tem efeitos adversos para os membros do casal, como o alcoolismo e a diminuição da autoestima. A baixa satisfação conjugal também tem mostrado fortes associações com o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e burnout (Delatorre & Wagner, 2020).

A satisfação conjugal é um conceito multidimensional, que envolve a satisfação nas interações conjugais e nos aspetos emocionais e práticos do casamento. Esta satisfação tem um impacto no bem-estar individual e na família, e baixos níveis de satisfação estão associados a infelicidade e maior taxa de divórcios. A satisfação conjugal também é um indicador da qualidade da relação parental. Nunes et al. (2022) analisaram as propriedades psicométricas da escala *Enrich Marital Satisfaction* (EMS) em duas amostras de casais portugueses. O estudo revelou que a EMS possui boas propriedades psicométricas, sendo uma ferramenta eficaz para avaliar a satisfação conjugal, importante para o funcionamento familiar e a parentalidade.

Embora o casamento já não seja visto como uma exigência social, a maioria das pessoas ainda se casa e busca relações duradouras e satisfatórias, independentemente do estrato socioeconómico (Karney & Bradbury, 2020). Os autores investigaram os fatores que

influenciam a satisfação e a estabilidade conjugal, questionando três pressupostos convencionais. Primeiro, estudos recentes indicam que, para a maioria dos casais, a satisfação conjugal se mantém estável ao longo do tempo, em vez de diminuir. Segundo, a comunicação negativa entre os cônjuges não é sempre um indicador de insatisfação, nem resulta necessariamente em relações mais satisfatórias quando modificada. Por fim, os processos conjugais funcionam de maneira diferente em casais de diferentes classes socioeconômicas, sugerindo que modelos tradicionais podem não ser aplicáveis a casais com rendimentos mais baixos (Karney & Bradbury, 2020).

No seu estudo, Dobrowolska et al. (2020) determinaram os preditores globais associados à satisfação conjugal com base em dados auto-reportados e recolhidos em 33 países. Verificaram que apenas uma pequena parte da variação está associada aos países, enquanto mais de 90% da variabilidade da satisfação conjugal localiza-se ao nível dos indivíduos. Os resultados mostraram que diversas variáveis (idade, religiosidade, estatuto económico, educação, coletivismo e sexo) estavam associadas à satisfação conjugal na amostra global. Esta análise em larga escala apoia grande parte das evidências publicadas anteriormente, sugerindo a sua universalidade global. Especificamente, o papel do estatuto económico, da religiosidade, da educação, da idade e do sexo refletiu-se nos dados apurados, que parecem ser preditores globais da satisfação conjugal. Dobrowolska et al. (2020) salientam que os seus resultados documentaram que o número de filhos não era um indicador significativo da satisfação conjugal e a direção desta relação era positiva, o que não corrobora os resultados anteriores nas sociedades ocidentais. Utilizando uma perspetiva meta-analítica que incluía 148 pontos de dados, Twenge et al. (2013) encontraram uma correlação negativa entre estes dois fatores. Por conseguinte, Dobrowolska et al. (2020) salientam que o número de filhos não deve ser considerado um determinante global da satisfação conjugal, uma vez que a inclusão de mais indivíduos não ocidentais no estudo pode contrariar esta tendência, dadas as diferentes normas familiares. Em alternativa, a relação entre o número de filhos e a satisfação conjugal os mesmos autores sugerem que se realizem mais investigação.

Diversos estudos tentaram explicar as diferenças interculturais observadas em variáveis relacionadas com o casamento, como o ajustamento conjugal, através do nível de coletivismo/individualismo presente em determinadas culturas (Dillon et al., 2012; Dolan & Metcalfe, 2012). Contudo, nenhum desses estudos incluiu explicitamente medidas de

coletivismo/individualismo nas suas análises. Em vez disso, os autores pressupuseram que certas amostras variam ao longo deste *continuum*. Nesse contexto, o estudo de Dobrowolska et al. (2020) revela que o nível individual de coletivismo (independentemente da cultura de origem) estava positivamente relacionado com autorrelatos de satisfação conjugal, fornecendo evidências de que os valores coletivistas favorecem um casamento satisfatório. Os resultados sugerem que tanto a percepção de uma cultura como coletivista quanto a percepção de si próprio como uma pessoa coletivista podem estar associadas à satisfação conjugal.

É importante destacar que a literatura revisada indica que as culturas coletivistas e individualistas apresentam diferenças em relação às normas, costumes, valores e questões familiares (Dion & Dion, 1993; Hofstede & Hofstede, 2001; LaLonde et al., 2004). De uma forma geral, essas diferenças culturais manifestam-se em diversos aspetos do funcionamento social, incluindo as expressões de amor e intimidade emocional. As influências culturais podem afetar a satisfação conjugal e as percepções a ela associadas, uma vez que, nas culturas coletivistas, é comum que as famílias multigeracionais vivam juntas, sendo caracterizadas por apoio mútuo, lealdade e cooperação (LaLonde et al., 2004). Já nas culturas ocidentais, predominantemente individualistas, considera-se que o casamento é satisfatório quando satisfaz os objetivos individuais dos cônjuges, em vez de ser baseado em obrigações e deveres, como ocorre nas culturas não ocidentais (LaLonde et al., 2004).

Em resumo, a satisfação conjugal é um conceito subjetivo amplamente utilizado, juntamente com outros termos como qualidade, sucesso e ajustamento conjugal, para avaliar a relação entre os parceiros (Tavakol et al., 2017). Ela é descrita como um conjunto de sentimentos e emoções que incluem carinho, segurança e bem-estar, além das expectativas sobre as trocas existentes nesse tipo de vínculo (Norgren et al., 2004). A maneira como os casais organizam suas responsabilidades familiares e profissionais, bem como a presença de uma boa comunicação, são fatores cruciais para a adaptação e satisfação conjugal, visto que as tensões entre esses dois aspetos podem comprometer a avaliação da satisfação no casamento (Martínez-Pampliega et al., 2019). Trata-se, portanto, de interações presentes na vida do casal, que exigem cumplicidade, estabelecimento de regras e desenvolvimento de padrões relacionais (Tavakol et al., 2017).

Deste modo, o EEESF deve abordar a satisfação conjugal no contexto global de cuidados à família, de modo a criar, de forma conjunta e personalizada, projetos de vida familiar que considerem as forças e fragilidades de cada unidade familiar, ou seja, desenvolvendo soluções mais satisfatórias e adequadas a cada situação.

1.3.ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: A CENTRALIDADE DAS FAMÍLIAS

A funcionalidade familiar tem sido amplamente abordada na prática, educação e investigação em Enfermagem. No âmbito da prática, o funcionamento familiar é um componente essencial nos cuidados centrados na família. A *Joint Commission*, nos Estados Unidos (2010), integrou os princípios dos cuidados centrados na família nos seus padrões e requisitos para a atuação das organizações de cuidados de saúde. Estas estratégias incentivam a prestação de cuidados de saúde baseados em parcerias mutuamente benéficas entre os enfermeiros e as famílias (*The Joint Commission*, 2010). Os cuidados centrados na família são valorizados e enfatizados na prática clínica como forma de apoiar as famílias e melhorar o funcionamento familiar em momentos difíceis.

Neste nível, os Cuidados Centrado na Família (CCF) surgem como a estrutura teórica dominante para a prestação de cuidados de saúde no contexto pediátrico (Mas et al., 2019). Trata-se de uma abordagem ao planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que se baseia em parcerias benéficas entre profissionais de saúde e famílias. Exige que as necessidades de todos os membros da família sejam identificadas, atendidas e equilibradas (Mas et al., 2019). Investigações indicam que a utilização da abordagem CCF está positivamente relacionada com as crenças de autoeficácia e com os sentimentos de competência e confiança das famílias (Mestre et al., 2024). Na sua prática, os ESF utilizam o CCF, incorporando cinco princípios fundamentais:

- (1) partilhar informações, para que as famílias possam tomar decisões informadas;
- (2) desenvolver uma relação de trabalho construtiva com os membros da família que inclua o respeito pelos valores culturais e práticas relacionadas com o cuidado;
- (3) envolver os membros da família na obtenção de recursos e apoio;
- (4) negociar e alterar os planos de cuidados estabelecidos com as famílias;
- e (5) dar importância à família e ao contexto de qualidade de vida de

cada membro da família e da família como um todo (Mestre et al., 2004, p. 28241).

Satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da família é um objetivo principal da ESF, que envolve uma abordagem colaborativa no cuidado e no planeamento com as famílias (Kaakinen et al., 2018). Esta prática pode ser observada através da participação das famílias no planeamento, prover e avaliar os cuidados, estabelecendo uma relação que beneficia os enfermeiros e as famílias. Além disso, a ESF também inclui o apoio psicossocial e informativo (Imanipour et al., 2020).

A enfermagem, e particularmente o EESF, tem vindo a focar-se mais na reflexão e no desenvolvimento de novas formas de abordagem e intervenção, especialmente em contextos de mudança no ciclo de vida, que podem trazer alta complexidade e gerar instabilidade, rutura e insegurança. De acordo com o que é referido pela OE no artigo 3.º do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018, este profissional de saúde tem a responsabilidade de “a) Cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; b) Liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (p. 19355).

Compreender e aceitar a família como unidade de transformação permite alargar o foco para uma visão mais valorizadora das suas forças e potenciais, ao mesmo tempo que organiza os recursos comunitários para promover a funcionalidade das famílias (OE, Regulamento n.º 367/2015).

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, Tomada de Posição n.º 01/2023, p. 2),

Os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe.

Face ao exposto, ainda segundo a OE (Tomada de Posição n.º 01/2023, p. 2), os Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar MCIF e o MCAF permitem “um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento”. Tendo sido desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, em 2012,

apresenta uma estrutura multidimensional, integrada, enraizando-se conceitualmente na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. É claramente influenciado pelo pós-modernismo, caracterizado pela decadência das grandes narrativas totalizantes, e pela biologia da cognição. Permite avaliar, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares. Por ser o modelo que o *Internacional Council of Nurses* (ICN) reconhece como um instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar.

Tendo em conta que o funcionamento familiar diz respeito às características sociais e estruturais do ambiente familiar como um todo, pode ser entendido como o grau em que uma família funciona como uma unidade capaz de gerir as suas condições, auto-organizar-se e adaptar-se às mudanças, resolver conflitos, estabelecer normas claras e garantir o seu cumprimento, assim como respeitar limites, regras, valores e princípios (Azmoude et al., 2016; Galán-González et al., 2021), os fatores mencionados acima atuam como proteção para o sistema familiar.

Uma família funcional é aquela que consegue atender às necessidades dos seus membros e tem a capacidade de lidar com o stresse e os desafios que surgem ao longo da vida. Por outro lado, o funcionamento familiar disfuncional caracteriza-se por elevados níveis de conflito, desorganização e um controlo afetivo e comportamental deficitário (Azmoude et al., 2016; Galán-González et al., 2021).

Por conseguinte, o funcionamento familiar é um conceito dinâmico que descreve a forma como os membros da família desempenham os seus papéis, adotando um estilo de comunicação positivo e promovendo a resolução de conflitos (Fernández et al., 2022). Enquanto o funcionamento familiar disfuncional está associado a problemas de saúde e dificuldades na regulação emocional ao longo do ciclo de vida da família, o que pode prejudicar a interação social e ser um fator de risco para o isolamento social, o funcionamento familiar saudável contribui para melhorar a capacidade de regulação emocional dos membros, facilitando a adaptação aos desafios e minimizando o risco de problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, além de ajudar a reduzir os conflitos familiares, que são fatores preditivos de uma baixa homeostasia familiar (Fernández et al., 2022).

A avaliação do funcionamento familiar é fundamental para compreender a saúde global e a qualidade dos cuidados prestados à unidade familiar. A sua relevância é evidente em diversos aspetos cruciais (Wang et al., 2024). Primeiramente, o bom funcionamento da família oferece uma rede de apoio social robusta para os seus membros. Além disso, assegura que, no caso de um membro idoso, ele receba os cuidados e apoio necessários no seu dia a dia (Wang et al., 2024). A avaliação do funcionamento familiar está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos seus membros. Quando as relações e interações familiares são saudáveis, é mais provável que todos os familiares experimentem uma vida significativa, se envolvam em atividades sociais e preservem o seu bem-estar físico e mental (Janhaque et al., 2022).

Neste contexto, o EEESF deve tratar a família como uma unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar e considerando que este está em constante transformação. Isso implica uma avaliação contínua nas vertentes estrutural, desenvolvimental e funcional. Além disso, deve proporcionar cuidados específicos em diferentes fases do ciclo de vida da família, abrangendo a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, realizando avaliações das intervenções para promover o funcionamento familiar (OE, Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018). Este profissional de saúde também deve ser capaz de fortalecer as capacidades da família conforme as suas necessidades, seja individualmente ou em grupo, estabelecendo uma ligação tanto com a família quanto com outros profissionais. “A família, enquanto um todo, e os seus membros individualmente, enquanto clientes dos cuidados de enfermagem, são o pilar fundamental de qualquer sistema de saúde e os principais responsáveis pela sua evolução” (Ferreira et al., 2021, p. 78).

A pesquisa indica que a principal transformação na dinâmica familiar ocorre quando se intervém no domínio cognitivo, envolvendo o pensamento e os sentimentos. A família deve ser envolvida, educada, capacitada e incentivada a participar ativamente para promover uma mudança nesse domínio cognitivo, o que, por sua vez, resulta numa alteração no comportamento (McClay, 2021). Ao optar por uma intervenção, a família consegue implementar mudanças no seu comportamento de forma a fortalecer os aspetos positivos da sua funcionalidade familiar (Hshieh et al., 2018; Laela Najah et al., 2023).

Dessa forma, os enfermeiros devem comprometer-se a apoiar a família, o que implica adquirir conhecimentos e habilidades específicas na avaliação familiar por meio do

MCAIF, tanto antes como após a intervenção (Figueiredo et al., 2022). Em casos de disfunção familiar, torna-se fundamental avaliar a comunicação emocional entre os membros da família e a satisfação em relação à expressão dos sentimentos, com o objetivo de promover o envolvimento familiar e uma comunicação mais expressiva das emoções. É importante otimizar os padrões de comunicação na família, incentivando o reconhecimento do envolvimento de todos. Cada membro deve ser encorajado a expressar o que realmente sente, em vez de comunicar o que gostaria que o outro sentisse. Caso algum membro sinta que não está sendo compreendido, o EEEF pode apoiá-lo a encontrar formas alternativas de se expressar, como, por exemplo, por meio de reuniões familiares (Figueiredo et al., 2022).

Com base no exposto, reforça-se a visão da família como um sistema, em que cada membro pode ser entendido tanto como um todo como uma parte integrante, podendo, ainda, participar em diversos sistemas e subsistemas, desempenhando diferentes papéis e inserido em contextos variados (Lemos, 2019). O ambiente familiar exerce uma influência significativa na saúde e no bem-estar de cada pessoa, tendo um impacto relevante, especialmente em situações de transição entre saúde e doença, como é o caso da insatisfação conjugal. A interação familiar tem um efeito notável na harmonia do núcleo familiar, com as suas competências, forças e dinâmicas interrelacionais a moldarem as crenças sobre a saúde. Por isso, esses fatores devem ser considerados na tomada de decisões, assim como nas práticas diárias de cuidados de saúde oferecidos pelos EEEF (Lemos, 2019).

CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR

Neste capítulo faz-se à caracterização do contexto de estágio de natureza profissional em Saúde Familiar, como forma de se poder contextualizar as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e o trabalho de investigação realizado.

Caracterização da Unidade de Saúde Familiar

Como campo de estágio, para desenvolvimento das minhas aprendizagens, a USF onde decorreu o estágio revelou-se um local de aprendizagem enriquecedor para o desenvolvimento das competências preconizadas para este nível de formação, onde se inclui a prática reflexiva.

O estágio teve lugar no Centro de Saúde de Ponte de Lima, que faz parte do ACES do Alto Minho, e integra várias unidades funcionais, incluindo a USF “Mais Saúde”, situada em Ponte de Lima. Esta unidade iniciou as suas atividades em novembro de 2009, passando a ser uma USF de Modelo B em janeiro de 2013, o que lhe confere autonomia organizacional, funcional e técnica para fornecer cuidados de saúde (USF Mais Saúde, 2022).

A principal missão da USF “Mais Saúde” é melhorar continuamente a qualidade e a eficiência dos seus serviços, com o objetivo de promover a saúde da população inscrita. A USF também se propõe a ser uma referência a nível nacional no que diz respeito à satisfação tanto dos utentes como dos profissionais, oferecendo um atendimento acessível e de qualidade.

Para alcançar esses objetivos, a USF baseia a sua atuação em valores como a disponibilidade, a lealdade, a transparência, o respeito, a dedicação e a busca pela excelência nos serviços prestados. A equipa é composta por profissionais de saúde dedicados a oferecer cuidados de saúde abrangentes à comunidade de Ponte de Lima. A USF conta atualmente com cerca de 9320 utentes inscritos e 12.250 unidades ponderadas, estando organizada em dois polos, incluindo a sede. Dentro deste universo, destaca-se um grupo específico de cerca de 1.995 mulheres com idade entre 15 e 54 anos.

A equipa multidisciplinar da USF inclui 5 médicos de família, 5 enfermeiros e 4 secretários clínicos. A gestão da unidade é coordenada por um Conselho Técnico,

composto por representantes de cada grupo profissional. Para além destes, a equipa conta com outros colaboradores, como assistentes operacionais, nutricionistas, podologistas e assistentes sociais, que, embora importantes, não fazem parte da equipa definida pela legislação das Unidades de Saúde Familiar.

Importa salientar a colaboração estreita entre a USF e a UCC, com o encaminhamento de utentes quando necessário e o trabalho conjunto em várias situações. Este serviço oferece cuidados de saúde à comunidade de Ponte de Lima e arredores, atendendo pessoas de todas as idades, desde crianças até idosos, disponibilizando uma vasta gama de serviços de saúde, incluindo consultas médicas, cuidados de enfermagem, vacinação, planeamento familiar, cuidados pré-natais e geriátricos, entre outros. Além disso, são realizados programas de prevenção e promoção da saúde, como rastreios e aconselhamento em diversas áreas.

O principal objetivo da USF onde decorreu os estágios é oferecer cuidados de saúde globais e integrados, atendendo às necessidades individuais de cada utente. Para além das consultas e tratamentos médicos, a USF também se dedica à prevenção de doenças, educação em saúde e encaminhamentos para especialistas, quando necessário. Utilizando o BI cidadão, busca garantir um acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade para todos, promovendo a inclusão social e atendendo às necessidades específicas de cada pessoa. Comprometem-se a ouvir e envolver os utentes no processo de cuidados, respeitando a sua autonomia e incentivando a tomada de decisões compartilhadas, defendendo que uma relação de confiança e respeito mútuo é fundamental para o bem-estar e a saúde dos seus utentes.

CAPÍTULO III - ESTUDO EMPÍRICO

A investigação empírica é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento na área da Enfermagem. Ao abordar questões clínicas reais, ela contribui para o crescimento de teorias e modelos que orientam a prática desta profissão. A longo prazo, esses avanços podem alterar a forma como os cuidados são prestados, assim como os processos e trajetórias de formação em Enfermagem (Smith & Brown, 2020). A investigação nesta área tem um papel essencial na evolução da profissão, pois busca gerar conhecimento a partir da observação, experimentação e análise de dados concretos, extraídos diretamente da prática clínica. O desenvolvimento de conhecimento que sustente a prática baseada em evidências é um pilar da Enfermagem como disciplina prática. Através da pesquisa, os enfermeiros podem aprofundar e ampliar seus conhecimentos, aprimorando a prestação de cuidados holísticos e centrados na pessoa (Sherwood, 2024).

Assim, tal como já referido anteriormente, durante a realização do estágio sentiu-se a necessidade de se conhecer a percepção que os casais com idade entre os 30-54 anos, cujas mulheres estão inscritas na Consulta de Planeamento Familiar identificadas na Lista da equipa onde se desenvolveram os Estágios, possuem sobre a satisfação conjugal, mais concretamente conhecer o perfil sociodemográfico dos casais que frequentam a Consulta de Planeamento familiar.

3.1. METODOLOGIA

A metodologia de investigação é uma componente essencial do processo de investigação. Fornece uma abordagem estruturada para a sua realização, assegura a fiabilidade e a validade dos resultados, facilita a comunicação e a colaboração e contribui para o avanço dos conhecimentos num determinado domínio. Como tal, é importante que os investigadores considerem cuidadosamente a metodologia de investigação e selecionem o método mais adequado para garantir que o estudo produza resultados significativos e exatos (Coutinho, 2021).

É uma componente essencial do processo de investigação, uma vez que orienta o investigador na recolha, análise e interpretação dos dados. Do ponto de vista do investigador, a escolha da metodologia de investigação pode ter um impacto significativo no resultado do estudo, pois é fundamental para garantir a validade, a fiabilidade e a

generalização dos resultados obtidos. Sem uma metodologia de investigação clara e bem definida, os investigadores correm o risco de produzir resultados inexatos, pouco fiáveis ou tendenciosos (Vilelas, 2022). Assim, o presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa/observacional, de natureza descritiva-correlacional e com enfoque transversal.

3.1.1. Justificação da problemática

A satisfação conjugal desempenha um papel fundamental na estabilidade de relações duradouras. A sua relevância pode ser analisada sob várias perspetivas, nomeadamente no impacto sobre o bem-estar individual, a qualidade da convivência familiar, a saúde mental e o desenvolvimento das crianças (Lawrence et al., 2019). Em termos gerais, a satisfação conjugal promove o bem-estar emocional e psicológico, pois, quando o casal se sente satisfeito com o relacionamento, isso favorece um maior equilíbrio emocional (Kardan-Souraki et al., 2018). Está frequentemente associada a níveis mais baixos de stresse, ansiedade e depressão, uma vez que relações saudáveis oferecem apoio emocional, segurança e confiança, elementos essenciais para o equilíbrio psicológico e para a autoestima de ambos os parceiros (Falconier et al., 2015).

Além disso, contribui para a melhoria da qualidade da comunicação, estimulando uma interação aberta e honesta, crucial para a resolução de conflitos e para o fortalecimento do vínculo afetivo. Casais que se sentem satisfeitos com o relacionamento têm mais facilidade em expressar as suas necessidades e sentimentos, criando um ambiente de compreensão mútua. A satisfação conjugal também está ligada a uma vida sexual saudável, uma vez que relações felizes tendem a envolver maior intimidade física e emocional, o que favorece o prazer sexual, a ligação afetiva e, frequentemente, a melhoria da saúde física e mental de ambos os membros do casal (Lawrence et al., 2019; Bogdan et al., 2022).

Por outro lado, a insatisfação conjugal pode gerar frustração e reduzir a intimidade, afetando negativamente a vida sexual. A satisfação no relacionamento é também crucial para a estabilidade familiar, funcionando como um fator essencial para uma parentalidade equilibrada num ambiente saudável (Bogdan et al., 2022). Casais satisfeitos têm mais facilidade em construir uma base familiar sólida, promovendo o desenvolvimento emocional e social dos filhos. A harmonia conjugal oferece um modelo de relações

saudáveis para as crianças, influenciando a forma como estas lidam com as suas próprias relações no futuro (Lawrence et al., 2019; Abreu-Afonso et al., 2022; Bogdan et al., 2022).

Conforme apontado por Abreu-Afonso et al. (2022), casais que experienciam insatisfação conjugal frequentemente enfrentam mais conflitos, o que pode levar a problemas graves, como separação ou divórcio. Em contrapartida, a satisfação conjugal contribui para a diminuição da frequência e intensidade dos conflitos, promovendo uma abordagem mais construtiva e colaborativa na resolução de desacordos, sendo um fator importante para a longevidade da relação e para uma convivência mais harmoniosa e agradável.

A investigação tem mostrado também que a satisfação conjugal exerce um impacto positivo na saúde física. Casais satisfeitos apresentam níveis mais baixos de pressão arterial, menor risco de doenças cardiovasculares e menos sintomas relacionados ao stresse físico. Isso deve-se, em parte, ao fato de que uma relação saudável oferece um suporte emocional robusto, ajudando os membros do casal a enfrentarem as adversidades de forma mais equilibrada e saudável (Robles et al., 2014).

Numa relação conjugal saudável, cada membro do casal é mais propenso a crescer e a desenvolver-se pessoalmente. A satisfação conjugal provê um ambiente seguro onde ambos podem perseguir os seus interesses individuais, desenvolver as suas carreiras profissionais e explorar novas oportunidades, resultando na melhoria da autoestima e da sensação de autorrealização (Kardan-Souraki et al., 2018).

As evidências de estudos mostram que a satisfação conjugal também ajuda a prevenir comportamentos destrutivos, ou seja, os casais insatisfeitos ou com relações disfuncionais podem ser mais propensos a adotar comportamentos prejudiciais, como o abuso de substâncias, violência nas relações de intimidade ou outras formas de desregulação emocional e psicológica (Shafer et al., 2014; Tavakol et al., 2017). A satisfação conjugal, ao contrário, cria um ambiente de respeito e apoio, prevenindo a adoção de comportamentos destrutivos (Shafer et al., 2014; Tavakol et al., 2017).

Como mencionado anteriormente, após discussão com a equipa de enfermagem responsável, foi decidido focar a intervenção na saúde sexual e reprodutiva dos casais, uma vez que o planeamento familiar apresenta os índices mais baixos nesta USF. Nesse sentido, as atividades propostas concentraram-se na divulgação e sensibilização para a importância da consulta nesta área. A realidade observada nesta USF também revela que, durante estas

consultas, não é feita a avaliação da satisfação conjugal, a qual se configura como um conceito multidimensional, englobando diversos aspetos da relação conjugal e funcionando como um indicador da qualidade da relação entre os casais, avaliado através de uma perceção subjetiva (Sayehmiri et al., 2020). Esse conceito reflete a avaliação que cada membro do casal faz sobre o grau de satisfação no relacionamento (Kamal et al., 2018), sendo um fator importante para o bem-estar da família.

3.1.2 Questões de Investigação, Objetivos e Finalidade

Tendo por base os pressupostos anteriormente descritos e face à realidade em questão, aliado à importância que o Enfermeiro de Família desempenha junto das famílias, centrada numa lista de uma USF do Norte do país, surgiu o presente estudo de investigação, para o qual foi formulada a seguinte questão de investigação:

- “Qual a satisfação conjugal de casais, cujas mulheres com idade compreendida entre 30 e 54 anos, inscritas na Consulta de Planeamento Familiar identificadas na lista de utentes de uma USF do Norte do país?”

Decorrente da questão de investigação formulada, delinearam-se os seguintes objetivos do estudo:

- Analisar o impacto da satisfação conjugal no bem-estar familiar
- Identificar variáveis preditoras da satisfação conjugal

Partindo-se da satisfação conjugal como fundamental não apenas para o bem-estar dos membros do casal, mas também para o robustecimento das relações familiares e sociais, quando os casais experienciam uma relação satisfatória, tornam-se mais resilientes, saudáveis e capazes de lidar com os desafios da vida de forma mais positiva e construtiva. Em última análise, tem-se como finalidade, contribuir para a melhoria da Satisfação Conjugal dos casais das famílias inscritas na USF e promover a avaliação sistemática da Satisfação Conjugal com base num instrumento validado por autores portugueses, enquanto suporte à consolidação da prática baseada na evidência.

.

3.1.3 Tipo de Estudo

De acordo com os objetivos propostos, o presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa/observacional, de natureza descritiva-correlacional e com enfoque transversal. A investigação quantitativa observacional/descritiva, conforme Vilelas (2022), é um método de pesquisa que se dedica à recolha e análise de dados quantitativos com o intuito de descrever e compreender um determinado fenómeno. Este tipo de pesquisa envolve a observação sistemática e a medição de variáveis específicas dentro de um contexto determinado, com o objetivo de produzir descrições precisas e conclusões baseadas em evidências numéricas. Habitualmente, é utilizado para responder a questões relacionadas com as características, distribuições ou relações de variáveis numa população ou amostra específica (Vilelas, 2022). Caracteriza-se também como uma abordagem correlacional, pois o intuito é avaliar as relações entre duas ou mais variáveis, com o objetivo de determinar se, e em que medida, estas se associam entre si, sem a intenção de estabelecer causalidade, mas sim identificar padrões de interação entre as variáveis (Vilelas, 2022).

3.1.4 População e Amostra

A população deste estudo eram todos casais, cujas mulheres tem idade compreendida entre os 30-54 anos de idade estão identificadas no Programa de Saúde “Planeamento Familiar” no S. Clínico, integradas na lista da Equipa de Saúde da Unidade de Saúde Familiar Mais Saúde. Para a obtenção da amostra, convoquei todos os casais para realizar consulta de saúde sexual e reprodutiva para, no momento da consulta, entregar a escala de *Enrich*, para que a mesma fosse preenchida e o questionário sociodemográfico, tendo o intuito de explicar pessoal e presencialmente em que consistia o estudo de investigação e, enquanto a Enfermeira Especialista de Saúde Familiar que aspiro ser um dia, confirmar a importância da relação de proximidade com os utentes, podendo diagnosticar outros problemas de saúde presentes, com recurso à escuta ativa.

Trata-se de uma amostra não probabilística, obtida por conveniência. Neste tipo de amostragem, não é possível determinar com precisão o tamanho da amostra, nem o grau de

viés causado pela ausência de elementos (Vilelas, 2022). Os participantes elegíveis foram aqueles que cumpriram os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- Casais com idade compreendida entre os 30 e os 54 anos de idade inscritos na Unidade de Saúde Familiar cujas mulheres estão identificadas no Programa de Saúde “Planeamento Familiar” no SClínico;
- Casais em idade 30-54 anos de idade inscritos na Unidade de Saúde Familiar USF da região Norte do país que coabitam, constituindo uma família.

Critérios de exclusão:

- Casais inscritos na USF em causa com idades diferentes dos 30 e os 54 anos de idade cujas mulheres estão identificadas no Programa de Saúde “Planeamento Familiar” no SClínico;
- Casais com idade compreendida entre os 30 e os 54 anos de idade inscritos na Unidade de Saúde Familiar, mas que não coabitam enquanto casal.

Numa primeira fase, o questionário sociodemográfico foi entregue presencialmente às mulheres em idade fértil que compareciam à Consulta de Planeamento Familiar na USF. A lista de utentes incluía um total de 392 mulheres em idade fértil. Após análise, constatou-se que apenas 177 destas, com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos, coabitavam com o respetivo marido ou parceiro, cumprindo assim os critérios de inclusão definidos para o estudo.

Numa segunda fase, procedeu-se ao cálculo da dimensão da amostra representativa, utilizando a seguinte fórmula estatística:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

N = população (177 mulheres)

Z = valor crítico para um nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$)

p = proporção esperada ($p=0,5$, para máxima variabilidade)

e = margem de erro ($e = 0,05$)

Com base neste cálculo, determinou-se uma amostra representativa de 122 casais. Estes foram novamente convocados com o objetivo de aplicar a Escala Marital de Enrich. Todas as 122 mulheres preencheram integralmente a escala; contudo, apenas quatro dos respetivos parceiros masculinos responderam ao mesmo instrumento, refletindo uma baixa adesão por parte dos elementos masculinos.

3.1.5 Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi feita com recurso a um questionário (Anexo I) de autopreenchimento aplicado aos casais que aceitassem participar no estudo. Os questionários são uma forma mais económica de recolha de dados quantitativos (Vilelas, 2022).

O instrumento de recolha de dados inicia por uma breve introdução na qual eram esclarecidos os objetivos do estudo e solicitada a colaboração com consentimento informado. O questionário está estruturado em duas partes, com questões abertas e fechadas que permitiram caracterizar sociodemograficamente os participantes e a Escala de Satisfação Marital (EMS), versão Portuguesa de Nunes e Lemos (2010).

Assim, a primeira parte é constituída por 11 questões, nomeadamente: género, idade, estado civil, existência de filhos, em caso afirmativo, o número de filhos e a idade, duração de coabitação, tempo de coabitação ao longo do ano (por exemplo, viver juntos o ano inteiro), se não, quanto tempo ao longo do ano coabitam na mesma casa, profissão, habilitações literárias, antecedentes pessoais ao nível da sua saúde (diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, doença da mama, doença da próstata, outros, autoavaliação do estado de saúde geral e autoavaliação do estado de saúde mental.

A segunda parte contém a Escala de Satisfação Marital (EMS), desenvolvida por Fowers e Olson (1993), e que permite avaliar a satisfação global com a relação marital, sendo composta por 15 itens, que se agrupam em duas subescalas: a Satisfação Marital (SM) com 10 itens e a Distorção Idealizada (DI) com 5 itens. Estas duas subescalas permitem

comparar a percepção de cada um dos cônjuges relativamente à sua satisfação com a relação e analisar o grau de distorção implícito nessa avaliação subjetiva. Assim, possibilita aceder a duas componentes da satisfação, a percebida, e a real sentida por cada um dos cônjuges na relação marital. A primeira subescala, Satisfação Marital, engloba os itens 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14 e 15 e avalia a satisfação conjugal percebida em várias áreas da relação conjugal, tais como, personalidade, comunicação, lazer, resolução de conflitos, gestão financeira, religião e relações sociais (por exemplo, “Estou muito satisfeita com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas” ou “Estou descontente com as nossas relações com familiares e/ou amigos”). Por sua vez, a segunda subescala, Distorção Idealizada (itens 1, 4, 6, 9 e 13), permite perceber se existe distorção na avaliação subjetiva realizada, como por exemplo, “Tenho algumas necessidades que não são satisfeitas na nossa relação” ou “A nossa relação é perfeita”. As pontuações obtêm-se somando os itens de cada uma das subescalas, a partir de uma escala tipo Likert que progride de 1 - “Discordo totalmente” até 5 - “Concordo totalmente”. Os itens 2, 5, 8, 9, 12 e 14 devem ser invertidos antes de realizar o somatório. A Escala de Satisfação Marital tem pontuações entre 10 e 50 e a escala de Distorção Idealizada, entre 5 e 25. Estes valores devem ser convertidos em percentis (PCT) que serão utilizados para o cálculo do score total da escala através da seguinte fórmula: $EMS = PCTSM - [(PCTSM \times 0,40) (PCTDI \times 0,01)]$. A versão Portuguesa foi traduzida em 2010, por Nunes e Lemos e mantém a estrutura da escala original, que tem sido amplamente difundida e apresenta um Alfa de Cronback de 0,86 para a escala total.

3.1.6. Procedimento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados, todos os casais foram convocados a participar numa Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva, momento em que lhes foi entregue o protocolo de recolha de dados. Antes de responderem ao mesmo, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e finalidades do estudo, bem como sobre o carácter voluntário da sua participação. Foi-lhes garantido o direito de recusar a participação ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Numa primeira fase, o questionário sociodemográfico foi entregue presencialmente às mulheres em idade fértil que compareciam à Consulta de Planeamento Familiar na USF. A lista de utentes incluía um total de 392 mulheres em idade fértil. Após análise, constatou-se que apenas 177 destas, com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos, coabitavam com o respetivo marido ou parceiro.

Numa segunda fase, após o cálculo da amostra representativa (com base na fórmula estatística apropriada para estudos populacionais), foram novamente convocados 122 casais, com o objetivo de aplicar a Escala Marital de Enrich. Todas as 122 mulheres preencheram integralmente a escala, contudo apenas quatro dos respetivos parceiros masculinos responderam ao mesmo instrumento. Importa referir que, também nesta fase, o estudo e os seus objetivos foram devidamente explicados a todos os participantes, garantindo-se, novamente, o respeito pelos princípios éticos da investigação.

3.1.7. Questões Éticas

Ao realizar uma investigação, é fundamental refletir sobre as questões éticas envolvidas. Embora as abordagens quantitativas não levantem muitas questões éticas, há aspetos que devem ser devidamente considerados.

No que diz respeito à recolha de dados, destaca-se o princípio da adesão voluntária. Durante o processo de recolha de informação, o investigador deve explicar claramente a natureza do estudo, os seus objetivos e os procedimentos a seguir, sendo imprescindível que os participantes assinem uma declaração de consentimento informado (Apêndice I). A privacidade e o anonimato dos participantes foram igualmente assegurados, representando uma das principais preocupações éticas. Relativamente aos dados recolhidos, estes serão destruídos imediatamente após a defesa pública do trabalho de investigação.

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a legislação nacional e europeia em vigor, nomeadamente a Lei n.º 58/2019 (Diário da República n.º 151/2019, Série I de 8 de agosto de 2019) e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, sobre a proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Parecer n.º 062024_18_16).

3.1.8. Procedimentos estatísticos

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM© - *Statiscal Package Social Science* (SPSS) 28.0. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp).

Em termos de estatística inferencial, foram empregados testes não paramétricos devido ao facto de as variáveis não cumprirem “os pressupostos de distribuição normal dos dados, isto é, a homogeneidade das variâncias” (Carús & Fernandes, 2021, p. 48), algo que ocorreu no nosso caso devido à amostra conter um grande número de variáveis categóricas. Da mesma forma, a sua utilização, como indicam os autores acima referidos, é necessária “quando algum dos grupos apresenta variância zero, ou seja, quando se comparam dois grupos independentes e, num dos grupos, todos os sujeitos obtêm a mesma pontuação” (Carús & Fernandes, 2021, p. 48). Em consequência, recorreu-se ao Teste U de Mann-Whitney, uma alternativa ao Teste t de Student para amostras independentes, precisamente “quando os dados da variável não seguem a normalidade e/ou a homogeneidade das variâncias” (Carús & Fernandes, 2021, p. 50), bem como ao Teste de Kruskal-Wallis, “utilizado para verificar se existem diferenças entre várias amostras não relacionadas, quando as variáveis dependentes não seguem a normalidade e/ou a homogeneidade das variâncias, sendo a alternativa não paramétrica ao teste ANOVA – one-way” (Carús & Fernandes, 2021, p. 56). Utilizou-se também a regressão linear múltipla univariada, termo que, embora não seja o mais habitual, pode ser entendido como uma regressão linear múltipla com uma variável dependente e várias variáveis independentes (Pestana & Gajairo, 2014). Foi ainda aplicada a correlação de Spearman, que é um método não paramétrico para avaliar a força e a direção da relação entre duas variáveis, sem fazer pressupostos sobre a distribuição dos dados. Trata-se de uma alternativa à correlação de Pearson quando as condições para o teste paramétrico (como normalidade e linearidade) não são cumpridas (Pestana & Gajairo, 2014). Nos testes mencionados, foi considerado um valor de significância de 5%, $p < 0,05$.

3.2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados obtidos numa amostra de 122 participantes. Inicia-se com a análise descritiva, seguindo-se a análise inferencial. Importa referir que dizer que, apesar de ter convocado os casais, apenas as mulheres vieram à consulta de saúde sexual e reprodutiva, com unicamente 4 homens a acederem à convocação e que preencheram o instrumento de recolha de dados, tendo optado por passar o estudo de investigação a apenas às mulheres de acordo com os critérios de inclusão.

3.2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Na amostra total, a maioria dos participantes são mulheres (96,7%), com apenas 3,3% de homens. A faixa etária predominante é a dos maiores de 45 anos (51,6%), sendo a média de idades de 43,4 anos. Todos os participantes encontram-se casados ou em união de facto, com uma média de coabitação de 16 anos. Verificou-se ainda que 85,2% têm filhos, com uma média de idade de 13,2 anos. Em termos de escolaridade, destaca-se o ensino secundário (45,9%), seguido do 2.º CEB (35,2%). Relativamente aos antecedentes de saúde, a hipertensão arterial (HTA) é a condição mais prevalente (18,9%). Quanto à perceção do estado de saúde global, 66,4% dos participantes classificaram-no como “Bom”, e 51,6% referiram o mesmo relativamente à saúde mental.

Tabela 1:

Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Variável		n	%
Gênero	Feminino	118	96,7
	Masculino	4	3,3
Grupo etário	≤ 45 anos	59	48,4
	> 45 anos	63	51,6
	<i>M= 43,4; Dp 6,71 anos (min. 30 anos; máx. 54 anos)</i>		
Estado Civil	Casado / união facto	122	100,0
Existência de filhos	Sim	104	85,2
	Não	18	14,8
Número de filhos	1 filho	89	85,6
	2 filhos	15	14,4
Idade dos filhos	<i>M= 13,17± 4,97 (min. 4 anos; máx. 22 anos)</i>		
Duração da coabitação	<i>M= 16,00± 6,67 anos (min. 3 anos; máx. 32 anos)</i>		
Habilitações literárias	1º CEB	7	5,7
	2º CEB	43	35,2
	Ensino secundário	56	45,9
	Ensino superior	16	13,1
Antecedentes pessoais a nível da saúde	Diabetes	6	4,9
	HTA	23	18,9
	Hipercolesterolémia	9	7,4
	Doença da mama	7	5,7
Estado de saúde em geral	Muito bom	21	17,2
	Bom	81	66,4
	Razoável	20	16,4
Estado de saúde mental	Muito bom	18	14,8
	Bom	63	51,6
	Razoável	41	33,6

Legenda: n= frequência; min. - Mínimo; máx. – Máximo; ± – Desvio padrão; M - Média; CEB – Ciclo do Ensino Básico; HTA – Hipertensão arterial

3.2.2. Satisfação conjugal

Os níveis médios (percentis) de satisfação conjugal da amostra foram de 42,26±1,72 para a dimensão *satisfação marital* e de 18,39±1,38 para a dimensão *distorção idealizada*, com um percentil global de 39,15 (*Dp*=1,64) (Tabela 2).

Tabela 2:

Percentis da satisfação conjugal

	Min.	Máx.	M	±
Satisfação Marital	40	45	42,26	1,72
Distorção Idealizada	15	20	18,39	1,38
Satisfação conjugal global	36,8	41,8	39,15	1,64

Legenda: min. - Mínimo; máx. – Máximo; ± – Desvio padrão; M – Média

3.2.3. Estudo das à interferência das variáveis sociodemográficas na satisfação conjugal

Nesta secção, pretende analisar-se de que forma determinadas variáveis sociodemográficas, tais como a idade, escolaridade, estado civil e perceção de saúde, influenciam os níveis de satisfação conjugal dos participantes. O objetivo é compreender se existem associações estatisticamente significativas entre estas variáveis e os resultados obtidos na Escala Marital de Enrich, permitindo identificar perfis de maior ou menor vulnerabilidade no contexto das relações conjugais. Antes da aplicação de testes estatísticos inferenciais, procedeu-se à verificação da normalidade das distribuições das variáveis em estudo, para determinar a adequação dos testes estatísticos a aplicar (paramétricos ou não paramétricos), garantindo a validade dos resultados e das conclusões do estudo, como a seguir se apresenta.

3.2.3.1 Estudo da normalidade

Segue-se o estudo da normalidade através do recurso ao teste da normalidade *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* em articulação com a representação gráfica com recurso ao histograma, cujos resultados demonstram que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente - Satisfação conjugal -, não se encontram enquadradas na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p < 0,05$). Visto isto, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas dimensões, o que limitou a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

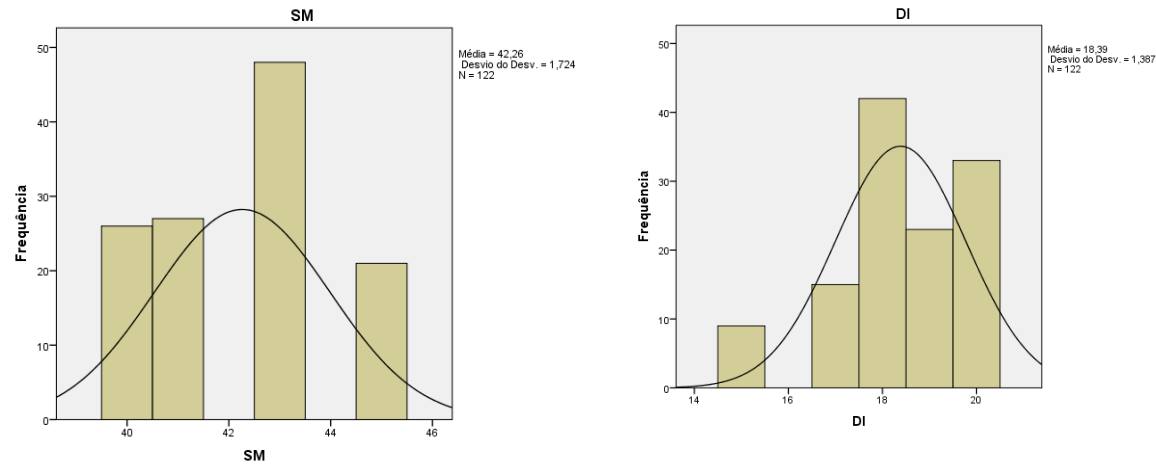
O Teorema do Limite Central (TLC) afirma que, independentemente da distribuição da população, a distribuição das médias amostrais de uma variável tende para uma distribuição normal à medida que o tamanho da amostra aumenta, geralmente a partir de $n \geq 30$. No presente estudo estudo: a amostra tem $N=122$ participantes, o que satisfaz esta condição. Embora as variáveis “Satisfação Marital”, “Distorção Idealizada” e “Satisfação Conjugal Global” não apresentem distribuição normal individualmente ($p < 0,05$ no teste de Kolmogorov-Smirnov (Tabela 3), o TLC permite o uso de testes paramétricos para médias

devido ao tamanho da amostra. Apesar da violação da normalidade nos dados brutos, o TLC assegura que a média amostral se distribui normalmente, o que valida o uso de métodos paramétricos, se for o caso de estudar médias. No entanto, como foi feito no estudo, dado que o objetivo é explorar distribuições individuais e comparações entre grupos não paramétricos, foi mais prudente recorrer a testes não paramétricos, como o Teste U de Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não são normais e os testes visam variáveis ordinais ou distribuições não simétricas.

Tabela 3:
Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*

Satisfação marital	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	
	Estatísticas	p
Satisfação Marital	0,231	<0,000
Distorção Idealizada	0,194	<0,000
Satisfação conjugal global	0,163	<0,000

Estes resultados são corroborados pelos histogramas da normalidade.



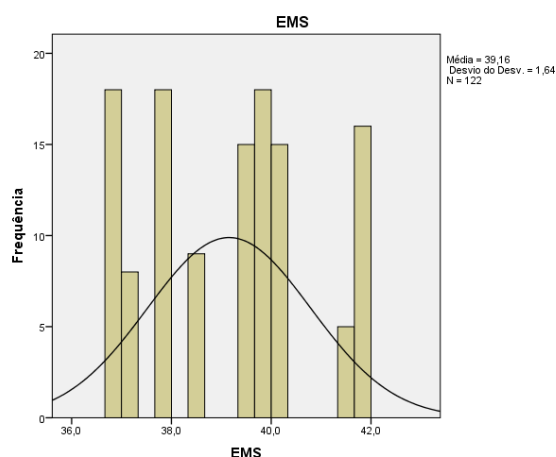


Figura 1: Histogramas da normalidade

3.2.3.2. Estudo da consistência interna das dimensões da Escala de Satisfação Conjugal na amostra

Os coeficientes de Alfa de Cronbach obtidos para as diferentes dimensões da Escala de Satisfação Conjugal indicam uma consistência interna moderada para as subescalas “Satisfação Marital” ($\alpha=0,531$) e “Distorção Idealizada” ($\alpha=0,580$). O valor global da escala ($\alpha=0,527$) reflete uma consistência interna geral também moderada. Estes resultados sugerem que, embora a escala apresente utilidade, poderá beneficiar de revisão ou refinamento de alguns itens para melhorar a fiabilidade das dimensões avaliadas (Tabela 4).

Tabela 4:

Consistência interna das dimensões da Escala de Satisfação Conjugal na amostra

Dimensões	Coeficiente alfa de Cronbach (α)
Satisfação Marital	0,531
Distorção Idealizada	0,580
Satisfação conjugal global	0,527

3.2.3.3. Determinantes sociodemográficas da satisfação conjugal

No que se refere à interferência das variáveis sociodemográficas na satisfação conjugal, constata-se que apenas a idade e as habilitações literárias apresentam diferenças estatisticamente significativas na dimensão *distorção idealizada* ($p<0,05$). De acordo com

os valores de ordenação média, as participantes mais novas (≤ 45 anos de idade) apresentam um grau de distorção implícito mais elevado na avaliação subjetiva. No geral, são estas participantes as que pontuaram mais, sugerindo mais elevados níveis de satisfação conjugal. As participantes com o ensino superior pontuaram mais na dimensão *distorção idealizada*, seguindo-se as que têm o 2.º CEB (Tabela 5).

Tabela 5:

Relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação conjugal, testes estatísticos e valores de prova

Variáveis sociodemográficas	Satisfação conjugal			Teste
	Satisfação Marital	Distorção Idealizada	Satisfação conjugal global	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Idade				
≤ 45 anos	63,69	68,55	62,43	Mann-Whitney
> 45 anos	59,45	54,90	60,63	
(p)	,489	,027	,777	
Possuir filhos				
Sim	60,33	60,97	60,49	Mann-Whitney
Não	68,25	64,56	67,33	
(p)	,359	,681	,446	
Habilitações literárias				
1º CEB	63,00	48,93	64,21	Kruskal-Wallis
2º CEB	61,80	66,70	60,74	
Ensino secundário	63,53	53,28	65,47	
Ensino superior	52,94	81,81	48,44	
(p)	,742	,012	,394	
Estado de saúde em geral				
Muito bom	67,93	54,71	69,62	Kruskal-Wallis
Bom	57,88	60,88	58,29	
Razoável	69,43	71,13	65,98	
(p)	,248	,294	,347	
Estado de saúde mental				
Muito bom	65,31	57,86	65,75	Kruskal-Wallis
Bom	57,34	55,98	59,38	
Razoável	66,22	71,57	62,89	
(p)	,371	,066	,757	

Legenda: *p* – Valor de significância (*p-value*)

3.2.3.4. Variáveis preditoras da satisfação conjugal

Para se estudar a relação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas) e a variável dependente (satisfação conjugal), efetuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar, simultaneamente, a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis

independentes, de natureza quantitativa. Para tal, usou-se o método *stepwise*, para a seleção das variáveis.

As variáveis preditoras da satisfação conjugal são a idade, duração da coabitação, habilitações literárias, avaliação do estado de saúde geral e avaliação do estado de saúde mental que explicam na sua totalidade 15,9% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 1,85 e valores de F sem significância estatística ($F = 0,455$; $p = 0,802$), o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não têm poder explicativo sobre a satisfação conjugal.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que das variáveis independentes em estudo a duração da coabitação, as habilitações literárias e a avaliação do estado de saúde geral estabelecem uma relação inversa com a satisfação conjugal, sugerindo que as mulheres com menos tempo de duração de coabitação, menos habilitações literárias e com uma perceção do seu estado de saúde geral mais baixo são as que revelam mais satisfação conjugal, enquanto as que têm mais idade e consideram ter melhor saúde mental apresentam mais satisfação conjugal (Tabela 6).

Tabela 6:

Análise de regressão múltipla entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação conjugal

Variável dependente: Satisfação conjugal

$R = 0,399$

$R^2 = 0,159$

R^2 Ajustado=-0,159

Erro padrão de estimativa=1,85

Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
		Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p
Constante		32,057		4,393	,001
Idade		,181	,754	1,118	,286
Duração da coabitação		-,075	-,332	-,568	,580
Habilitações literárias		-,607	-,299	-,920	,376
Estado de saúde geral		-,191	-,064	-,222	,828
Estado de saúde mental		1,251	,492	1,126	,282
		Análise de variância			
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	7,845	5	1,569	0,455	0,802
Residual	41,421	12	3,452		
Total	49,266	17			

Legenda: R - Coeficiente de correlação de Spearman; R^2 - coeficiente de determinação/proporção da variação da variável dependente; R^2 ajustado - versão do R^2 tendo em consideração o número de variáveis independentes no modelo; F - Valor do teste ANOVA – one way; t – Valor de T-Test; p – Valor de significância (p -value)

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos 122 participantes que frequentam a Consulta de Planeamento Familiar revelou que a grande maioria eram mulheres, com apenas 4 homens presentes. Estes dados estão alinhados com a literatura, que aponta para a baixa participação dos homens nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, apesar da ênfase na importância da sua presença ativa nessas consultas (Ani et al., 2016; Roudsari et al., 2023). Atuahene (2017) também observou que 92,2% dos homens em seu estudo não acompanharam as suas companheiras/esposas à Consulta de Planeamento Familiar. Contudo, esses estudos não esclareceram as razões por trás da ausência dos homens na Consulta de Planeamento Familiar. De acordo com Adane et al. (2020), a intervenção do sistema de saúde, assim como fatores sociais, culturais e económicos, são determinantes para o acesso e a participação das pessoas nos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

No seu estudo, Firouzan et al. (2019) identificaram diversas razões para a baixa frequência dos homens nas Consultas de Planeamento Familiar, destacando como as mais comuns o facto de os cuidados de saúde sexual e reprodutiva ainda serem vistos como uma questão exclusiva das mulheres, questões culturais, profissionais e económicas, que atuam como obstáculos à participação masculina nos cuidados relacionados com a sua saúde sexual e reprodutiva, bem como à da sua companheira/mulher. Dada esta realidade, é crucial que os ESF continuem a promover a Consulta de Planeamento Familiar, uma vez que estes profissionais têm um papel vital na promoção da saúde e do bem-estar das famílias. Quando se trata de incentivar os homens a procurar estas consultas, a atuação dos ESF é fundamental para quebrar as barreiras culturais e sociais que dificultam o acesso a este serviço de saúde. Assim, é importante desmistificar os preconceitos e estigmas presentes nas famílias e na comunidade, uma vez que, historicamente, os serviços de planeamento familiar foram associados apenas às mulheres, gerando a ideia de que os homens não precisavam ou não deveriam envolver-se nesses cuidados (Nesane et al., 2016; Roudsari et al., 2023). Os ESF podem atuar como agentes de mudança nesta perceção, contribuindo para desmistificar o estigma e capacitando os homens sobre a importância da sua participação ativa no processo de planeamento familiar, um contributo essencial para a satisfação conjugal e o bem-estar da família. O incentivo dos ESF à participação dos homens nas Consultas de Planeamento Familiar é essencial para promover uma abordagem mais equitativa e abrangente da saúde sexual e reprodutiva. Ao desempenharem um papel

ativo na orientação, educação e apoio aos casais, os enfermeiros contribuem para a construção de famílias mais saudáveis, com um maior envolvimento e responsabilidade de ambos os parceiros no planeamento familiar. Este processo pode ser levado a cabo no âmbito de outras consultas de vigilância em que homens e/ou mulheres participem (por exemplo, vigilância e prevenção hipertensão arterial, diabetes, entre outras),

No presente estudo, constatou-se uma maior presença de participantes com idade superior os 45 anos, com uma média de idade de $43,43 \pm 6,71$ anos. Todos os participantes eram casados ou a viverem em união de facto, com uma duração de coabitação a oscilar ente um mínimo de 3 anos e um máximo de 32 anos, com uma média de duração de $16,00 \pm 6,67$ anos). Um pouco mais de metade da amostra detinha o ensino secundário, seguindo-se os que possuíam o 2.º CEB. Estes resultados corroboram os encontrados noutros estudos (Aborigo, 2018; Firouzan et al., 2019; Roudsari et al., 2023).

No que se refere aos antecedentes pessoais ao nível da sua saúde, prevalecem os participantes com HTA ($n=23$; 18,9%). Em Portugal, a HTA é a doença crónica mais frequente e afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos e aumenta com a idade (Santos et al., 2022). As evidências sugerem que esta patologia é evitável e pode ser controlada através da modificação do estilo de vida e melhoria dos comportamentos de gestão do autocuidado (Mancia et al., 2023; Liu et al., 2024). Para agravar as preocupações no contexto da saúde, a HTA é atualmente muito prevalente entre as pessoas adultas, culminando num aumento significativo da sua incidência, o que implica mais intervenções de Enfermagem nesta população, sobretudo no contexto de Cuidados de Saúde Primários. A adesão ao autocuidado é baixa entre os adultos com hipertensão. Muitas vezes, estes não estão dispostos a efetuar as mudanças de comportamento recomendadas. Um dos obstáculos ao autocuidado foi identificado como a falta de motivação para a mudança de comportamento, o que reforça a necessidade de uma maior capacitação por parte do ESF. Maioritariamente, os participantes do presente estudo classificaram o seu estado de saúde global como “Bom” (66,4%). De igual modo, a maioria considerou que o seu estado de saúde mental era “Bom” (51,6%), tendo 33,6% referido que o mesmo era “Razoável”. Estes resultados são também relevantes no contexto da satisfação conjugal, uma vez que a literatura aponta que os casais com boa saúde física e mental tendem a experimentar maior satisfação no relacionamento (Assefa et al., 2021). A saúde física e mental desempenha um papel fundamental no bem-estar emocional e na dinâmica do relacionamento,

influenciando diretamente a qualidade das interações e o nível de satisfação dos casais (Assefa et al., 2021; Janhaque et al., 2022; Fernández et al., 2022; Wang et al., 2024). Além disso, diversos estudos demonstram que a satisfação conjugal também impacta a saúde física. Casais felizes e satisfeitos apresentam menores níveis de pressão arterial, menor risco de doenças cardiovasculares e menos sintomas relacionados ao stresse físico. Tal ocorre, em parte, porque uma relação satisfatória oferece um forte apoio emocional, que facilita o enfrentamento das adversidades da vida de maneira mais saudável (Robles et al., 2014). A satisfação conjugal está igualmente associada a níveis mais baixos de stresse, ansiedade e depressão. Relacionamentos conjugais saudáveis proporcionam apoio emocional, segurança e confiança, fatores essenciais para o equilíbrio psicológico e a autoestima de ambos os parceiros (Falconier et al., 2015).

Relativamente aos níveis médios de satisfação conjugal da amostra estudada, verificou-se uma média de $42,26 \pm 1,72$ na dimensão da satisfação marital e de $18,39 \pm 1,38$ na dimensão da distorção idealizada, com um valor global de satisfação conjugal de $39,15 \pm 1,64$. Neste contexto, é importante destacar que a dimensão da distorção idealizada da satisfação conjugal, conforme Nunes e Neves (2010), refere-se à forma como alguns casais podem ter uma visão excessivamente positiva ou idealizada do seu relacionamento, muitas vezes ignorando ou minimizando os aspetos negativos ou desafiantes da relação. Essa percepção distorcida pode influenciar a maneira como os casais avaliam a satisfação conjugal, levando-os a uma visão irrealista do relacionamento. Deste modo, torna-se ainda mais pertinente que os ESF realizem a avaliação da satisfação conjugal durante as consultas na área da saúde sexual e reprodutiva, adequando a sua intervenção com base na evidência científica produzida, nesta área. Para além desta avaliação deve reforçar-se a intervenção.

No que diz respeito à influência das variáveis sociodemográficas na satisfação conjugal, observou-se que apenas a idade e o nível de escolaridade apresentaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão da distorção idealizada ($p < 0,05$). As participantes mais jovens (≤ 45 anos) demonstraram um grau mais elevado de distorção implícita ao avaliarem subjetivamente a sua satisfação conjugal. Já as participantes com o ensino superior atribuíram uma pontuação mais alta na dimensão da distorção idealizada, seguidas das que possuem o 2.º ciclo do ensino básico. Foi ainda observado que a duração da coabitação, o nível de escolaridade e a avaliação do estado de saúde geral estabeleceram uma relação inversa com a satisfação conjugal, sugerindo que as mulheres com menos

tempo de coabitação, menor nível de escolaridade e uma percepção de saúde geral mais baixa tendem a reportar maior satisfação conjugal, enquanto as que apresentam maior idade e percebem ter melhor saúde mental apresentam níveis mais elevados de satisfação conjugal.

Neste sentido, reforça-se a importância de os ESF realizarem a avaliação da satisfação conjugal junto dos casais e lhes explicarem que a visão sobre a sua satisfação conjugal deve ser trabalhada. Esta distorção pode manifestar-se de diversas formas, como a idealização exagerada do parceiro/a, em que um dos membros do casal ou ambos criam uma imagem idealizada do outro, atribuindo-lhe qualidades perfeitas ou perfeccionistas. Tal pode levar à minimização de falhas, limitações ou comportamentos negativos do parceiro/a, alterando a percepção real da satisfação conjugal. Esta percepção distorcida também pode conduzir à negação de problemas, ou seja, quando os casais minimizam ou ignoram problemas ou conflitos significativos, concentrando-se apenas nos aspetos positivos da relação, o que pode gerar uma falsa sensação de satisfação conjugal. Portanto, é fundamental que os profissionais de Saúde Familiar ajudem os casais a entender que os problemas não resolvidos não devem ser ignorados ou negligenciados, uma vez que, normalmente, geram uma fuga da realidade. Em alguns casos, os casais podem criar uma narrativa distorcida, acreditando que a sua relação conjugal é “perfeita” para evitar confrontar questões desconfortáveis ou difíceis. Esta atitude pode resultar num distanciamento da realidade, em que os problemas são ignorados e não resolvidos em conjunto, e as dificuldades são minimizadas ou justificadas, culminando, no final, em insatisfação conjugal.

A distorção idealizada da satisfação conjugal é um fenómeno psicológico que pode levar os casais a desenvolver uma visão irrealista da sua relação, seja através da idealização do parceiro/a ou da minimização de problemas (Nunes et al., 2022). As mesmas autoras destacam que, embora essa idealização possa, em certa medida, ser benéfica para a manutenção do romance e do vínculo afetivo, é essencial que os casais tenham uma visão clara e realista da sua relação. Deste modo, o ESF deve incentivar os casais a reconhecerem e enfrentarem os desafios de forma construtiva e realista, de modo a construir um relacionamento saudável e duradouro, garantindo, assim, a harmonia familiar. Nunes et al. (2022) defendem que a satisfação conjugal é uma construção multidimensional, que inclui a satisfação com as interações conjugais e com os aspetos

emocionais e práticos do casamento. Este fator tem um grande impacto no bem-estar pessoal e influencia o funcionamento da família como um todo, com a baixa satisfação conjugal ou a distorção idealizada estando frequentemente associada à infelicidade e a maiores taxas de divórcio. Além disso, Bogdan et al. (2022) afirmam que a satisfação conjugal está intimamente relacionada com o funcionamento da família, sendo um indicador da qualidade da relação parental. A satisfação conjugal é comumente vista como um fator essencial para a estabilidade familiar, sendo crucial para a criação de um ambiente saudável e equilibrado para a parentalidade. Casais felizes tendem a ser mais capazes de estabelecer uma estrutura familiar sólida, promovendo o desenvolvimento emocional e social dos filhos. A harmonia conjugal serve também de modelo para as crianças, influenciando a forma como elas percebem e lidam com as suas próprias relações no futuro (Lawrence et al., 2019; Abreu-Afonso et al., 2022; Bogdan et al., 2022). Tais evidências são reforçadas pelos dados do presente estudo, que revelam que 85,2% dos participantes têm filhos, com uma idade média de $13,17 \pm 6,67$ anos), variando entre os 3 e os 22 anos.

Em suma, as interações românticas consistem nas relações interpessoais mais significativas nas culturas contemporâneas. Envolvem a intimidade emocional e física e levam os casais a organizar conjuntamente as suas responsabilidades familiares, profissionais e pessoais (Mikolajczak et al., 2018). Neste contexto, também importa reforçar que a satisfação conjugal é um construto subjetivo crucial relacionado com a qualidade da relação, englobando a intimidade, o compromisso, o afeto, o acordo e o apoio (Kwan et al., 2015; Delatorre & Wagner, 2020). Consiste na avaliação que uma pessoa faz sobre a sua relação com o/a parceiro/a, considerando as expectativas individuais (Feijão & Moraes, 2018). A satisfação conjugal é um fator chave para o bem-estar individual e familiar, pois o grau de satisfação no domínio conjugal tem efeitos nas relações com os outros significativos e no funcionamento de toda a família (Kanter & Proulx, 2021; Kincaid, 2021).

É relevante sublinhar que, no que se refere à influência da satisfação conjugal no funcionamento familiar, estudos demonstram que níveis baixos de satisfação conjugal estão associados a relações mais distantes entre pais e filhos, resultando numa parentalidade menos positiva e numa menor responsividade e sensibilidade parental, o que acaba por ser prejudicial ao desenvolvimento das crianças (Kwan et al., 2015; Kincaid, 2021). A pesquisa existente destaca que a relação conjugal entre os pais pode ter

repercussões significativas no desenvolvimento socioemocional das crianças, bem como em problemas de comportamento em adolescentes (Ferrão et al., 2019; Kanter & Proulx, 2021). Além disso, a insatisfação conjugal acarreta efeitos negativos para os membros do casal, incluindo problemas cardiovasculares, alcoolismo e queda da autoestima (Ferrão et al., 2019; Nunes et al., 2022). Também se tem observado uma forte associação entre a baixa satisfação conjugal e o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e *burnout* (Mikolajczak et al., 2018; Delatorre & Wagner, 2020).

Em síntese, a realização deste estudo constitui um “espaço/tempo” de reflexão potenciando a ampliação de horizontes para práticas colaborativas no âmbito da ESF em áreas centrais das vidas das famílias que cuidamos.

3.4. CONCLUSÕES

O estudo revelou que a maioria dos participantes da Consulta de Planeamento Familiar eram mulheres, destacando a maior procura feminina por este tipo de acompanhamento. Observou-se uma prevalência de utentes com mais de 45 anos, predominantemente casados ou em união de facto, em relações de coabitação prolongada. Por outro lado, entre as participantes com idade igual ou inferior a 45 anos, verificaram-se níveis elevados de satisfação conjugal, embora acompanhados de um maior grau de distorção implícita. Constatou-se, ainda, que variáveis como a idade, o nível de escolaridade e a perceção de saúde têm uma influência significativa na satisfação conjugal, evidenciando a complexidade dos fatores que afetam a dinâmica relacional no contexto da saúde familiar.

Mediante estes resultados, será uma mais-valia promover a avaliação sistemática da Satisfação Conjugal com base num instrumento validado por autores portugueses, enquanto suporte à consolidação da prática baseada na evidência, constituindo-se, assim, um contributo para a melhoria da Satisfação Conjugal dos casais das famílias inscritas na USF.

3.5. LIMITAÇÕES

À semelhança de outras investigações, também este estudo apresenta algumas limitações. A principal limitação residiu no facto de ser um estudo transversal, no qual os dados foram

recolhidos num único momento temporal, o que impossibilita o estabelecimento de relações de causa e efeito, limitando-se a identificar associações entre as variáveis. Outra limitação refere-se à dimensão da amostra, que se restringiu exclusivamente a mulheres, o que pode comprometer a generalização dos resultados para outros grupos populacionais. Além disso, como foi utilizado um questionário para a recolha de dados, existe o risco de viés de resposta, uma vez que as participantes podem ter dado respostas socialmente desejáveis, podendo influenciar a validade dos resultados.

3.6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As conclusões do estudo apontam para a necessidade de uma abordagem mais sistemática e integrada no âmbito da prática clínica em contexto de Equipas de Saúde Familiar (ESF). Torna-se essencial avaliar e intervir regularmente na satisfação conjugal, reconhecendo o seu impacto na saúde global dos utentes. A promoção da saúde emocional e de uma coparentalidade eficaz deve ser encarada como um objetivo prioritário, especialmente nas fases de transição familiar, como a parentalidade, O envelhecimento ou A separação. Assim, é fundamental identificar as forças e as vulnerabilidades das famílias, a fim de delinear planos de intervenção individualizados, colaborativos e baseados na melhor evidência científica disponível.

Neste sentido, propõem-se várias estratégias de intervenção, entre as quais se destaca a (co)responsabilização dos casais pela sua saúde sexual e reprodutiva, promovendo uma maior consciência e envolvimento mútuo; o desenvolvimento de competências comunicacionais sensíveis e adaptadas ao contexto relacional de cada casal é igualmente essencial; a intervenção deve ser articulada dentro de equipas multidisciplinares, que favoreçam uma atuação complementar e abrangente; a utilização de indicadores específicos que permitirá diagnosticar de forma mais precisa as necessidades e monitorizar a eficácia das intervenções ao longo do tempo.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS

Ao longo do estágio de natureza profissional, realizado na Unidade de Saúde Familiar do Norte do país, que decorreu entre 1 de fevereiro a 31 de julho de 2024, sob a orientação de uma docente habilitada com o grau de doutor e a tutoria de uma Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, foram várias as oportunidades para adquirir as competências previstas no âmbito do Mestrado de EC AESF e, simultaneamente as condições para que posteriormente a OE atribua o Título Profissional de ES na mesma área.

Como preconiza o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, o estágio de natureza profissional com relatório final visa,

complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos, através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho (IPVC, 2019, p.).

Segundo OE (2021), o estágio profissional é essencial para o desenvolvimento da aprendizagem prática e aperfeiçoamento das competências clínicas, sendo crucial na formação de enfermeiros qualificados, com habilidades técnicas, interpessoais e éticas necessárias para proporcionar cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes e famílias. Assim, a experiência adquirida durante o estágio constituiu uma parte essencial para alcançar o sucesso e a excelência na prática de EEESF.

O compromisso com a excelência na Enfermagem está estreitamente ligado ao desenvolvimento profissional, que é um pilar central da aprendizagem e formação especializada. Este desenvolvimento contínuo é fundamental para manter os conhecimentos e competências atualizados, o que é crucial num setor da saúde que está em constante mudança. O desenvolvimento profissional não é apenas uma exigência; é um valor essencial que molda o profissionalismo na Enfermagem. Ele amplia a capacidade do enfermeiro para além da formação inicial e das qualificações, contribuindo para uma prática competente e para a manutenção de elevados padrões de cuidados. Este

compromisso com o profissionalismo e com a formação reflete-se nas atitudes e na motivação dos enfermeiros, que consideram o desenvolvimento profissional fundamental para atualizar os seus conhecimentos, melhorar as competências e, conseqüentemente, os cuidados prestados (Mlambo et al., 2021).

Neste contexto, o relatório da componente prática tem como objetivo refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, ao mesmo tempo que promove uma reflexão teórica e uma análise crítica sobre a prática (Ferreira, 2023).

Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

A prática de enfermagem baseia-se na relação interpessoal entre o enfermeiro, a família e o contexto em que esta está inserida. Assim, essa interação é moldada pelas condições ambientais que envolvem a família, incluindo valores, crenças e culturas que devem ser respeitados na prestação de cuidados, sempre com base nos princípios humanistas de respeito pela liberdade e dignidade humana.

O enfermeiro habilitado com o grau de mestre em EC AESF possui um conhecimento profundo e competências que lhe permitem compreender as respostas humanas aos processos de transição relacionados com os problemas de saúde, de modo a responder de forma adequada às necessidades da família, nomeadamente em situação complexas.

O EEESF estabelece no decorrer do seu exercício profissional, uma relação de parceria efetiva com as famílias, apresentando um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica com esta de modo a maximizar os seus resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, o EEESF deve apresentar as seguintes competências específicas: a) “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 b)” Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar “(OE, Regulamento nº 428/2018, Artigo 3º, p. 19355).

A prestação de cuidados à família enquanto alvo central dos cuidados, abrangendo todos os seus elementos ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, constitui uma competência essencial do EEESF (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, este profissional assume um papel ativo na capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, considerando sempre a família como unidade de cuidados (OE, Regulamento nº 428/2018). O desenvolvimento da competência “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” exige uma articulação eficiente entre equipas de saúde, aliada a uma mobilização estratégica de recursos, de forma a garantir uma prestação de cuidados de elevada qualidade à família (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19358).

O EEESF, devido à sua proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo de vida, desempenha um papel crucial na avaliação e intervenção junto das mesmas. A compreensão das experiências vividas pelos casais é essencial para antecipar as suas necessidades e proporcionar o apoio necessário (Gavinhos et al., 2021).

Nos domínios das competências comuns e específicas, que foram foco de atenção e desenvolvimento durante o estágio profissional, foi elaborado inicialmente um plano de ações que serviu como ponto de partida para o aprofundamento e aprimoramento das competências mencionadas.

Relativamente à **ação nº 1**, esta consistiu numa análise de situação, sendo que o objetivo foi estabelecer um diagnóstico de situação sobre a avaliação da satisfação conjugal, tomando como ponto de partida a perceção da equipa de enfermagem da USF da região Norte do país, na consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva. Para tal, considerei a família “como unidade de cuidados”, promovendo “a sua capacitação”, como foco “na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19357). Assim, e tendo em conta que satisfazer as necessidades de cuidados de saúde da família é um objetivo central da ESF, especialmente no trabalho com casais nas consultas de saúde sexual e reprodutiva, esta problemática surgiu como prioritária em sede de reunião com a equipa de enfermagem da USF, por assumir uma relevância indelével no âmbito da prática colaborativa do EEESF e ainda face ao seu baixo índice na unidade. A compreensão da satisfação conjugal tem

implicações importantes para os investigadores que estudam as relações e implicações pragmáticas para os casais e para os enfermeiros que trabalham com eles (King, 2016).

Quero ressaltar que a Enfermagem, por se tratar de uma profissão que lida diretamente com a pessoa/família e com o seu bem jurídico mais valioso, a vida, está sujeita a uma disciplina especial. O EE, no decorrer do seu exercício profissional, deve agir em conformidade com os princípios éticos, normas legais e deontologia profissional inerentes à sua área de especialização, demonstrando um exercício seguro, profissional, ético e com rigor técnico (OE, Regulamento nº 140/2019). Neste sentido, é imprescindível que o EE apresente habilidades de tomada de decisão, fundamentadas por um corpo de conhecimentos que integra os princípios éticos e deontológicos e na avaliação sistemática das melhores práticas, tendo em conta as necessidades e preferências da pessoa/família (OE, Regulamento nº 140/2019). De igual modo, deve privilegiar práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e que permitam a análise e a interpretação precisa das especificidades dos cuidados especializados, adotando uma postura proativa na gestão de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoas/famílias sob o seu cuidado (OE, Regulamento nº 140/2019). Segui estes princípios éticos e deontológicos na avaliação da satisfação conjugal.

Para dar cumprimento ao supramencionado, as estratégias adotadas envolveram a realização de um estudo de investigação e a promoção de uma reflexão crítica sobre as evidências produzidas, com a equipa de enfermagem da USF do contexto de estágio. Neste sentido, assumi uma posição proativa no seio da equipa ao nível da importância da satisfação conjugal, o que pode ser alcançado por meio da implementação de estratégias investigativas sólidas e do fomento de uma reflexão crítica acerca das evidências relacionadas à saúde das relações conjugais. Tais abordagens irão enriquecer a prática dos enfermeiros e beneficiar o bem-estar dos casais, favorecendo uma abordagem mais holística e integrada (Abreu-Afonso et al., 2022).

A investigação sobre a satisfação conjugal tem demonstrado que, em casamentos estáveis, os casais tendem a ser mais saudáveis, mais felizes e a ter uma maior longevidade (Robles et al., 2014; Whisman et al., 2018). A satisfação conjugal refere-se à avaliação geral da atitude de uma pessoa em relação ao seu casamento, sendo usada para medir a felicidade e a estabilidade conjugal. Todos os aspetos do casamento e as circunstâncias da vida conjugal têm impacto na (des)satisfação conjugal (Tavakol et al., 2017). O ciclo de vida

familiar descreve as diferentes fases do desenvolvimento dos membros da família e os riscos associados (Relvas, 2004). Este ciclo pode ser considerado um quadro de análise do sucesso conjugal, englobando variáveis como a satisfação, a felicidade e as expectativas sociais. As mudanças significativas que a família atravessa ao longo do tempo são um fator importante que afeta a satisfação conjugal. Os enfermeiros especialistas em saúde familiar devem compreender que é fundamental contextualizar as crises dos casais no ciclo de vida familiar, uma vez que as fases de transição podem refletir maior vulnerabilidade em comparação com outras.

Desta forma, é crucial que o EEESF compreenda que a comunicação está intimamente ligada à satisfação e à estabilidade conjugal, sendo que tanto as competências de comunicação positivas quanto as negativas são bons indicadores da satisfação conjugal. Em linhas gerais, os casais satisfeitos demonstram padrões de comunicação mais construtivos, adotando comportamentos positivos e procurando evitar os negativos. Em contraste, casais com dificuldades tendem a adotar predominantemente estilos de comunicação destrutivos, utilizando frequentemente abordagens negativas na resolução de problemas, muitas vezes caracterizadas por altos níveis de ofensa e questões não resolvidas (Whisman et al., 2018). Assim, casais com problemas não resolvidos, que podem estar vivenciando angústia, correm o risco de intensificar os padrões de comunicação prejudiciais e destrutivos, o que dificulta a resolução dos conflitos e resulta numa diminuição da intimidade. Por outro lado, casais que conseguem resolver os problemas de forma conjunta e compartilhada tendem a alcançar níveis mais elevados de satisfação conjugal (Falconier et al., 2016).

Ressalvo também que mantive uma comunicação eficaz no seio da equipa, tão essencial para prestar cuidados de qualidade à família como um todo. Quando as competências de comunicação são positivas, estabelece-se um ambiente de colaboração e de confiança entre os profissionais de saúde, o que resulta numa abordagem mais holística e centrada na família. A troca clara e eficaz de informações entre os membros da equipa possibilita que todos estejam alinhados em relação às necessidades de cada família e que possam atuar de forma coordenada. Esta comunicação positiva foi crucial para atender às necessidades e prioridades de cada família, demonstrando sempre que a equipa intervinha de forma integrada, coesa e eficaz. Por outro lado, uma boa comunicação entre todos os membros da equipa promoveu uma partilha de conhecimentos e de experiências, resultando na

identificação, de forma mais assertiva, os pontos fortes e as vulnerabilidades das famílias. Dessa forma, foi sempre possível planejar intervenções que atendessem às necessidades de cada família, como um todo, respeitando o seu contexto e valores, sem tecer quaisquer juízo de valor, demonstrando aceitação das suas singularidades. O desenvolvimento das minhas competências de comunicação fortaleceu as minhas relações com os restantes membros da equipa e com cada família, criando um ambiente mais empático e eficaz. O sucesso na prestação de cuidados à família depende, em grande parte, dessa comunicação clara, aberta e respeitosa entre todos os membros da equipa.

Quanto à **ação nº 2**, importa referir que a avaliação da satisfação conjugal durante a Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva realizada na USF em questão é feita através da observação e da escuta ativa. O enfermeiro cria um ambiente acolhedor que permite “à vontade” por parte da mulher/casal para se expressar. Durante a consulta, a observação da linguagem corporal, as dinâmicas de comunicação e as emoções manifestadas também são tidas em conta. A identificação de padrões de interação/relação e a análise de conflitos também são abordadas de forma natural durante a conversa, possibilitando uma compreensão mais profunda da relação existente entre o casal. Assim, foi proposta a implementação/integração da Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal - a Escala de Enrich no procedimento à consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva de enfermagem que já se encontrava elaborado, pois esta oferece uma visão abrangente da dinâmica do casal, facilita a identificação de pontos fortes e fracos, possibilitando que os casais trabalhem juntos para melhorar sua relação e aumentar a satisfação mútua. O uso desta escala pretende melhorar a avaliação da satisfação conjugal pela equipa multidisciplinar de forma mais completa, no âmbito da Consulta de Planeamento Familiar. De salientar que a sua integração ficou de ser aprovada em Conselho Técnico e, posteriormente, em Conselho Geral da USF. No que se refere à Sessão de formação à equipa de Enfermagem, esta decorreu a 10/04/2024, sendo que realizei um *PowerPoint* que foi apresentado à equipa de Enfermagem, com a definição da satisfação conjugal, a importância da avaliação da satisfação conjugal, tendo dado a conhecer a Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal - a Escala de *Enrich*, distribuindo um impresso da mesma a cada um dos enfermeiros e, por fim, expliquei minuciosamente como aplicar essa mesma escala (Apêndice II). De evidenciar que iniciei a formação com uma estratégia interativa de “quebra-gelo” onde distribuí um pequeno papel em branco a cada um dos enfermeiros e pedi para que escrevessem numa palavra o que significava para cada um deles a Satisfação Conjugal.

Relativamente à Sessão de formação à equipa Multidisciplinar da USF da região Norte do país sobre a avaliação da satisfação conjugal, esta realizou-se a 19/04/2024, também através da apresentação dum *PowerPoint* que elaborei, sendo que neste centrei-me essencialmente na definição da satisfação conjugal, assim como sobre a importância da avaliação da mesma, evocando os ganhos em saúde para os utentes e respetivas famílias. Dei também a conhecer a Escala de Avaliação da Satisfação Conjugal - a Escala de *Enrich*, distribuindo um impresso da mesma a cada um dos membros da equipa Multidisciplinar da USF, explicando-lhes de uma forma mais geral a mesma. É importante salientar que iniciei esta formação com a exibição de um vídeo que ilustrava a trajetória de um casal ao longo do ciclo de vida, desde o namoro até à morte de um dos parceiros em idade avançada. Esta abordagem visou dinamizar a formação e proporcionar aos participantes uma visão inicial sobre o tema. O papel do EE na formação em serviço é diversificado e fundamental para a promoção da qualidade dos cuidados, o desenvolvimento de competências e a melhoria dos sistemas de saúde. A sua formação e experiência capacitam-no para agir como um agente de mudança, promovendo um cuidado cada vez mais centrado no utente e nas famílias, com base em evidências. Está projetada a realização de mais sessões formativas, se a implementação da Escala for aprovada em Conselho Técnico e Conselho Geral da Unidade.

No que respeita à **ação nº 3**, a mesma constou da promoção da consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva, sendo o meu objetivo: capacitar os utentes em idade fértil para a tomada de decisão em Saúde Sexual e Reprodutiva; promovendo a consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva da USF da região Norte do país e contribuir para o aumento efetivo da adesão à consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva dos utentes em idade fértil. Para alcançar este objetivo, recorri à elaboração de dois Pósteres “Cuide de si...Cuide da sua Família” e “Ao cuidar de si... está a cuidar da sua família! (Apêndice III) para apoio à consulta de Enfermagem de Saúde Sexual e Reprodutiva com afixação destes na sala de espera da USF da região Norte do país assim como no corredor por onde passa os utentes para ter acesso aos gabinetes dos Enfermeiros e dos Médicos.

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos envolvem uma abordagem holística do bem-estar, que reconhece os indivíduos como titulares de direitos, com autonomia sobre os seus corpos e liberdade para tomar decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva, sem sofrerem violência, coerção ou discriminação. Estes princípios são essenciais para assegurar a saúde

e o bem-estar do casal, juntamente com a igualdade de género e o empoderamento tanto de homens como de mulheres (Starrs et al., 2018). Todos devem ter o direito de tomar decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva, livres de estigmas, discriminação e coerção, e essas escolhas devem ser respeitadas pelos enfermeiros, sem julgamento de valor. A informação deve ser acessível a todos os utentes, independentemente da idade, estado civil, condição socioeconómica, raça, etnia, orientação sexual ou identidade de género. A ética e os valores éticos são essenciais na prática do enfermeiro e devem servir como guia para garantir a integridade como profissional de saúde. Os valores morais enfatizam a justiça e a ideia de tratar todos os utentes de forma equitativa (Starrs et al., 2018).

O conceito de casal é atualmente diversificado, incluindo relações entre pessoas do mesmo sexo. Como enfermeiros de família, é fundamental garantir que esses casais se sintam respeitados e não discriminados. Assim, nos pósteres, optei por representar casais e filhos apenas com as mãos, sem conotação de género ou identidade. Além disso, preparei dois pósteres, um com mãos de cor mais escura, refletindo a diversidade étnica para além da caucasiana.

No contexto histórico de Portugal, a influência dos movimentos migratórios tem provocado uma transformação significativa nas sociedades contemporâneas, especialmente no que diz respeito à integração das populações imigrantes. A relação entre os fluxos migratórios e a integração dos imigrantes tem evoluído ao longo dos vários acontecimentos históricos, com diferentes níveis de intensidade e origens variadas (Casquilho-Martins & Matela, 2021).

A promoção do bem-estar físico e social das populações imigrantes nos serviços de saúde pode criar condições favoráveis à sua integração social nos países de acolhimento. No entanto, ao abordar esta intervenção biopsicossocial, é importante considerar a saúde no contexto mais amplo, incluindo fatores ambientais, socioculturais e comportamentais específicos das populações imigrantes, o que pode ser um desafio para os enfermeiros no âmbito dos Cuidados de Saúde Familiar. Isso é particularmente relevante num cenário de grande diversidade, com pessoas de diferentes países e culturas, cada uma com suas próprias crenças e hábitos, incluindo as práticas de saúde. Enfermeiros e imigrantes enfrentam barreiras linguísticas, culturais e sociais, o que gera vulnerabilidades para ambas as partes. Muitas vezes, quando os imigrantes procuram serviços de saúde, encontram

dificuldades em receber cuidados que considerem as suas necessidades culturais específicas (Delamuta et al., 2020; Barreto et al., 2023; Cuba et al., 2023).

Para ultrapassar esta lacuna, os enfermeiros podem basear a sua prática na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine Leininger (1985, 2001), porque apresenta grande preocupação com o cuidado baseado no respeito das crenças, valores e atitudes de cada pessoa, dentro de um contexto cultural. Além disso, é de salientar que a TDUCC combina a teoria e o método de investigação, distinguindo-se em diferentes níveis de abstração e análise (Leininger, 1985, 2001). Assim, também pode ser utilizada no âmbito da investigação em enfermagem. Neste sentido, o seu objetivo é igualmente apoiar o processo investigativo, auxiliando no desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de promover práticas de cuidados culturalmente fundamentadas, conceptualizadas, planeadas e operacionalizadas (Leininger, 1985, 2001). Percebe-se que a abordagem teórico-metodológica da TDUCC auxilia na criação de conhecimentos básicos e aplicados na enfermagem, dado o seu potencial de abstração conceitual e a sua proximidade com o contexto cultural em que as pessoas/famílias vivem e os fenómenos ocorrem. Neste contexto, reforço com referência à Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1990), segundo a qual, o desenvolvimento de um indivíduo é influenciado por uma série de sistemas ambientais interligados, que vão desde o ambiente imediato, a família, até às estruturas sociais mais alargadas, como, por exemplo, a cultura. Bronfenbrenner (1990) defende que o ambiente de uma pessoa é constituído por vários sistemas interligados que influenciam o seu crescimento e comportamento. A família está no centro deste modelo, fazendo parte do microsistema, o nível mais próximo e imediato ao indivíduo. A família tem um impacto direto nas experiências diárias de cada membro que a constitui, através de interações, apoio emocional e cuidados. Além disso, a família também influencia os outros sistemas, como a escola e o trabalho, criando um efeito em cadeia no desenvolvimento do indivíduo. Para Bronfenbrenner (1990), a dinâmica familiar e as interações neste contexto são determinantes na formação de valores, crenças e comportamentos, cujas influências são fundamentais para o desenvolvimento saudável e bem-sucedido ao longo do ciclo de vida.

Ao longo da história, a profissão de enfermagem sempre teve um forte compromisso com a justiça social. Nesse sentido, os enfermeiros enfrentam o desafio específico de conquistar e manter a confiança das comunidades imigrantes no sistema de saúde, especialmente no que

diz respeito aos cuidados de saúde primários. D'Alonzo e Greene (2020) destacam, num estudo, uma série de estratégias que os EESF podem adotar para estabelecer e fortalecer essa confiança nas comunidades imigrantes. As principais estratégias mencionadas são: 1) Ver a confiança como um processo contínuo e dinâmico; 2) Reconhecer os efeitos dos fatores de stresse; 3) Distinção entre fatos e ficção; 4) Identificar os fatores de stresse relacionados com a deportação e as respostas da comunidade; 5) Gerir as dinâmicas de confiança e desconfiança; 6) Construir pontes de entendimento; e 7) Estabelecer uma presença positiva e acolhedora. Os Enfermeiros de Saúde Familiar têm um papel privilegiado e estão em boa posição para intervir e restaurar a confiança entre as comunidades imigrantes e o sistema de saúde, utilizando abordagens participativas e centradas nas famílias e comunidade (D'Alonzo & Greene, 2020).

Para Campinha-Bacote (2011), o primeiro objetivo da competência cultural é o desenvolvimento da equidade nos cuidados de saúde e a redução das disparidades associadas às diversidades étnicas e culturais das pessoas. A mesma autora salienta que a competência cultural configura-se como um conjunto de habilidades que os enfermeiros necessitam de desenvolver, para conseguirem verdadeiramente cuidar das pessoas de forma centralizada. A cultura é inconsciente e influencia de forma significativa a saúde e a doença. Como tal, os profissionais de saúde devem reconhecer, respeitar e integrar as crenças culturais dos utentes e as práticas em termos de saúde (Campinha-Bacote, 2011). Assim, o enfermeiro deve ser culturalmente consciente, culturalmente sensível e ter um grau de competência cultural para ser eficaz na integração de crenças nas práticas, em planos e intervenções de saúde. A consciência cultural, essencialmente a cultura material objetiva, tem mais a ver com uma apreciação dos signos externos de diversidade, como a arte, a música, a forma de vestir e com características físicas. Por sua vez, a competência cultural do enfermeiro relaciona-se com as suas atitudes pessoais e não proferir algo que pode ser ofensivo para alguém de uma cultura ou etnia diferente (Purnell, 2005).

A competência cultural, no âmbito de cuidados de saúde, equivale a possuir “os conhecimentos, as competências e habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças culturais do utente” (Purnell & Paulanka, 2010, p.6). A competência cultural, em sociedades multiculturais, “continua a ser essencial para os cuidados de saúde, o que implica que os profissionais de saúde detenham conhecimentos culturais gerais e

específicos para ajudar a reduzir as desigualdades de género, étnicas e raciais, no âmbito dos cuidados de saúde” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 7).

A crescente diversidade cultural e étnica das populações imigrantes a nível nacional exige a prestação de cuidados culturalmente competentes por parte dos enfermeiros de saúde familiar. Neste âmbito, faz-se referência à revisão narrativa da literatura de Theodosopoulos et al. (2024) que analisa criticamente a literatura existente sobre a prestação de cuidados culturalmente competentes aos imigrantes, destacando os principais quadros teóricos, os resultados empíricos e as estratégias práticas para melhorar a competência cultural nos contextos de cuidados de saúde. A análise identificou disparidades significativas em matéria de saúde enfrentadas pelos imigrantes, incluindo barreiras no acesso aos cuidados de saúde, desafios de comunicação e questões sistémicas nas instituições de cuidados de saúde. Theodosopoulos et al. (2024) salientam a importância de programas de formação abrangentes, políticas organizacionais de apoio, envolvimento da comunidade e utilização inovadora da tecnologia e da telemedicina. Esta revisão da literatura sublinhou a importância crucial da prestação de cuidados culturalmente competentes às populações imigrantes por parte dos enfermeiros. Os principais resultados destacam os componentes multifacetados da competência cultural, incluindo a consciencialização, os conhecimentos, as aptidões, os encontros e o desejo, todos eles essenciais para melhorar os resultados dos cuidados de saúde e a satisfação dos doentes, tendo por base sobretudo o Modelo de Processo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2011). A prestação eficaz de cuidados culturalmente competentes pode colmatar as lacunas de comunicação, criar confiança e dar resposta às necessidades de saúde específicas das famílias de imigrantes, conduzindo, em última análise, a uma redução das disparidades no domínio da saúde e a uma melhoria da qualidade dos cuidados (Theodosopoulos et al., 2024).

O ESF, pela sua proximidade com as famílias e face a estas novas realidades sociais requer demonstrar-se capaz de responder às necessidades interculturais da população, prestando cuidados culturalmente competentes, minimizando a disparidade e favorecendo a equidade dos cuidados. A realização do artigo informativo sobre a importância da Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva (Apêndice IV) relata no que consiste a consulta em si e descreve os métodos contraceptivos mais usados atualmente. Este artigo foi divulgado no Portal da ULSAM e no Jornal Alto-Minho. De facto, este artigo tem por objetivo chegar a um maior

número de utentes e não apenas aos que já costumam ir à USF querendo abranger toda as famílias e comunidades possíveis. Este mesmo pressuposto foi também alcançado e a promoção da importância da Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva na Rádio local, Ondas do Lima, no dia da Mulher (8 de março de 2024), sendo a mesma entrevista publicada à posterior nas redes sociais da mesma Rádio, conseguindo abranger dessa forma muitas pessoas e por conseguinte muitas famílias. A entrevista realizada implicou um trabalho de preparação conjunta, no sentido de maximizar aspetos inerentes à descoberta de novos e mais saudáveis sentidos para a vivência desta problemática central à vida das pessoas e famílias. Em todo este processo, procurei incentivar o envolvimento da equipa de enfermagem da USF da região Norte do país na divulgação da consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva, fomentando a importância da consulta em si.

O enfermeiro especialista atua na educação da comunidade sobre a importância da saúde sexual e reprodutiva, procurando desmistificar tabus e promover diálogos abertos sobre sexualidade, aumentando a aceitação e a procura por consultas. Oferece ainda apoio emocional e psicológico, ajudando os indivíduos a lidarem com questões relacionadas com a sexualidade e a saúde reprodutiva, criando um ambiente de confiança. O enfermeiro qualificado com o grau de mestre em EC AESF deve atuar na defesa dos direitos dos utentes em relação à saúde sexual e reprodutiva, promovendo o acesso a serviços de saúde e informações. Participa em intervenções comunitárias que visam aumentar o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, através de meios de comunicação como rádio, jornais e redes sociais entre outros.

A OMS (2023) define a saúde sexual e reprodutiva como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social no que se refere à sexualidade, não sendo apenas a ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, incluindo a possibilidade de vivenciar experiências sexuais seguras e satisfatórias, livres de coerção, discriminação e violência. De acordo com a mesma fonte, o bem-estar sexual e reprodutivo é essencial para que todos possam levar uma vida sexual responsável, segura e gratificante, o que exige uma visão positiva da sexualidade humana e a compreensão dos fatores complexos que influenciam o comportamento sexual. A saúde sexual é importante para todos, independentemente da idade, pois as suas necessidades evoluem e mudam ao longo da vida (OMS, 2023).

Em Portugal, têm sido observadas melhorias significativas nos indicadores relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente no que diz respeito ao uso de métodos contraceptivos, à diminuição progressiva do número de interrupções voluntárias da gravidez e à redução das complicações maternas decorrentes de abortos inseguros (DGS, 2015). De acordo com a DGS (2008), os objetivos dos cuidados de saúde reprodutiva e do planeamento familiar incluem a promoção de uma vivência saudável e segura da sexualidade, a regulação da fecundidade conforme o desejo expresso do casal, a preparação para uma maternidade e paternidade responsáveis, a redução da mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil, a diminuição da prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (IST) e suas consequências, como a infertilidade, e a melhoria da saúde e do bem-estar familiar. Atualmente, há uma crescente preocupação com as questões de saúde sexual e reprodutiva, devido aos efeitos adversos que estas podem ter na população produtiva, especialmente nos países em desenvolvimento (Mihretie et al., 2023).

Neste sentido, o EEESF desempenha um papel vital na promoção da saúde sexual e reprodutiva e na adesão a consultas. Por meio de educação, acolhimento e empoderamento da população, esses profissionais podem contribuir significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva, aumentando o acesso e a utilização de serviços de saúde essenciais. As ações dos EEESF são essenciais, não apenas para a promoção do conhecimento, mas também para a construção de um sistema de saúde mais inclusivo e com melhor qualidade.

Por fim, na **ação nº 4** ocorreram as celebrações do Dia do Enfermeiro (12 de maio) e do Dia da Família (15 de maio), tendo, assim, como objetivo enfatizar e homenagear os Enfermeiros de Família da USF, recorrendo às seguintes estratégias: Organização da Semana do Enfermeiro de Família, sendo elaborado um cartaz que anuncia os dois dias comemorativos, anunciando a celebração da Semana do Enfermeiro de Família (do 12 ao 17 de maio de 2024) (Apêndice V) e afixação de uma mensagem relativamente ao Enfermeiro de Família na porta de entrada de cada gabinete de enfermagem, assim como na porta da sala de tratamentos da USF (Apêndice VI) para que as famílias inscritas na USF da região Norte do país a pudessem consultar, levando os utentes a refletir sobre a importância do Enfermeiro de Família. Durante a semana, foram também dados, a cada dia, uma pequena lembrança simbólica para que os profissionais de enfermagem da USF

USF da região Norte do país se sentissem “bem-dispostos”, animados, motivados e reconhecidos. (Apêndice VII)

A motivação é um processo psicológico que leva uma pessoa a agir ou a comportar-se de uma determinada forma em relação a uma tarefa ou atividade, desde o início até ao fim. Impulsiona o indivíduo a adotar um comportamento específico num dado momento. Quando a motivação é positiva, a pessoa sente-se feliz, com energia, entusiasta e orientada para alcançar os seus objetivos. Por outro lado, quando a motivação é negativa, a pessoa tende a sentir-se desmoralizada, triste, sem energia e pessimista, o que pode levar à diminuição da produtividade e do desempenho no ambiente de trabalho (Pandya, 2024).

A motivação e o reconhecimento dos ESF são elementos essenciais para o bom desempenho das suas funções, impactando diretamente a qualidade dos cuidados prestados às famílias. O trabalho destes profissionais vai além do cuidado individual, incorporando uma abordagem holística que considera não apenas a saúde física, mas também os aspetos emocionais, sociais e culturais das famílias. Assim, quando a equipa de enfermagem de família se sente motivada e reconhecida, os principais beneficiários são os utentes e as suas famílias.

Através da realização destas atividades, pude verificar que o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na criação de um ambiente de trabalho colaborativo e harmonioso, essencial para o bom funcionamento das equipas de saúde. Ao promover o espírito de equipa, este profissional fortalece as relações interpessoais e estabelece um clima de confiança e respeito mútuo, o que é fundamental para a qualidade do atendimento prestado aos utentes e suas famílias. Uma das principais funções do enfermeiro de ESF é atuar como facilitador da comunicação entre os membros da equipa, criando espaços para discussões abertas, onde todos possam expressar ideias, preocupações, expectativas, receios e dúvidas, permitindo que todos se sintam valorizados e ouvidos. Além disso, o enfermeiro especialista pode incentivar a colaboração através de atividades de *team building*, desenvolvendo habilidades e promovendo laços sociais. Quando os membros da equipa se conhecem e confiam uns nos outros, a sinergia no ambiente de trabalho transforma-se numa força poderosa, capaz de impactar positivamente os cuidados prestados às famílias. O reconhecimento do trabalho em equipa também é um aspeto importante. O enfermeiro especialista pode implementar práticas de valorização, como o

reconhecimento informal e celebrações de conquistas coletivas, que elevam o moral da equipa e motivam os profissionais a dedicarem-se ainda mais.

O trabalho em equipa é fundamental para garantir a segurança dos doentes e criar um ambiente de trabalho saudável na Enfermagem. Nos últimos anos, a sua importância tem sido amplamente reconhecida, assim como a satisfação profissional. Trabalhar em equipa permite que um grupo de profissionais colabore para atingir objetivos comuns, sendo essencial para atender às necessidades dos utentes e suas famílias, embora nem sempre seja valorizado. Estudos mostram que uma boa colaboração e comunicação em equipa contribuem para reduzir o stresse, melhorar os resultados de saúde, aumentar a satisfação no trabalho e diminuir a rotatividade de enfermeiros, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (Bragadóttir et al., 2019; Goh et al., 2020).

Ao refletir sobre esta questão, tendo em conta as atividades suprarreferidas, reitero que o trabalho colaborativo e em harmonia no seio da equipa de enfermagem é deveras crucial, uma vez que ser Enfermeiro, independentemente da sua área de atuação, é saber olhar o Outro, saber ser, estar e fazer em prol, no caso concreto dos utentes/família, que são os protagonistas do nosso dia-a-dia. Por outras palavras, a Enfermagem não é uma profissão na qual se trabalha isoladamente e nem centra em si o protagonismo, pelo contrário, é a entrega total ao Outro. A Enfermagem é uma profissão fundamentada no cuidado coletivo e na solidariedade e o papel do ESF não se resume ao protagonismo individual, mas sim à entrega constante às famílias. É uma profissão que exige empatia, dedicação e compromisso, com o objetivo de promover o bem-estar, aliviar o sofrimento e melhorar a saúde das pessoas de forma integral, de olhar e compreender a família como um todo, numa perspetiva holística. Neste contexto, para obter a confiança da família, ajudei a reforçar um ambiente mais acolhedor e compreensível, uma verdadeira relação terapêutica, baseada na confiança e empatia. A empatia é uma necessidade nas abordagens de cuidados orientados para a família. É a base e o fundamento do pensamento crítico em enfermagem e é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem eficazes, implica um compromisso profundo com o cuidado, que vai além do aspeto técnico. Neste contexto reporto o caso de uma mulher que foi convocada para a consulta na Unidade de Saúde Familiar, que compareceu e me informou que não estava em condições emocionais e psicológicas para participar no estudo de investigação sobre a avaliação da satisfação conjugal, uma vez que tinha recebido o resultado do exame do rastreio do cancro da mama e que era indicativo de

alterações, tendo sido encaminhada para o IPO do porto. Nesse momento, fui capaz de estabelecer uma relação empática com esta utente, respeitando os seus limites e oferecer-lhe um cuidado que, ao mesmo tempo, fosse profissional e humano. A construção de uma relação de confiança, respeito e empatia é essencial para garantir um ambiente de cuidado saudável e colaborativo. Essa entrega exige uma constante autoavaliação e formação contínua, pois é fundamental que os enfermeiros aprimorem as suas competências relacionais e comunicacionais, para além, das competências técnicas (Wieke Noviyanti et al., 2021). Em vez de ser uma profissão voltada para o protagonismo individual, a ESF destaca-se pelo protagonismo coletivo. A ênfase está no trabalho colaborativo e no compromisso com a família, procurando sempre o melhor para esta unidade de cuidados e não o reconhecimento pessoal. Este espírito de altruísmo é a base da nossa profissão, que estamos constantemente disponíveis e prontos para agir em momentos de vulnerabilidade, como foi o caso que descrevi anteriormente. O facto de ter estabelecido essa relação empática com a utente fez com que a mesma tivesse regressado e informado que o seu estado de saúde não era tão preocupante como a mesma tinha pensado, tendo reconhecido de forma afável o apoio que lhe dei. Este é que é o nosso *ex libris*, como EEESF.

Em resumo, o enfermeiro especialista, ao promover a colaboração e o espírito de equipa, não só melhora o ambiente laboral, mas também contribui para uma maior satisfação profissional, impactando positivamente a qualidade do cuidado prestado aos utentes e suas famílias, sendo esta uma competência comum. Quando os profissionais se sentem parte de um grupo coeso, trabalham de forma mais integrada e eficaz, enfrentando desafios de maneira conjunta. Esse ambiente favorável reflete-se diretamente na qualidade do atendimento, demonstrando que o cuidado com o bem-estar da equipa é essencial para o sucesso na área da saúde. Assim, posso afirmar que o enfermeiro especialista desempenha um papel transformador nas equipas de saúde, melhorando tanto a eficácia do cuidado como o ambiente de trabalho, onde todos se sentem valorizados e motivados a dar o seu melhor.

Por conseguinte, quero deixar registado que as experiências que tive a oportunidade de vivenciar, a partir das quais pude adquirir competências ao nível da ESF e aprimorar outras competências adquiridas ao longo da minha prática profissional, descrevo-as como muito positivas e muito enriquecedoras, o que contribuiu bastante para o meu desenvolvimento enquanto profissional e pessoa.

Na minha prática de cuidados estão sempre inerentes cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, onde existe uma garantia de confidencialidade e a segurança da informação, à qual se tem acesso durante a prática profissional, assim como o respeito por valores, costumes e crenças. Apesar de ser referido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, como uma competência do enfermeiro especialista, esta é transversal a qualquer enfermeiro, ou seja, é considerada de âmbito geral, ao longo do estágio mantive sempre o respeito pelo Outro e pela sua individualidade, algo que está inerente à minha prática de cuidados. Jamais nos podemos esquecer que os cuidados centrados na Pessoa são a tomada de decisão em matéria de cuidados de saúde caracterizada por uma parceria entre o enfermeiro e a família, respeitando o contexto cultural, os valores e as crenças do Outro. Cuidar em ESF baseia-se nesta filosofia. Assim, ao cuidar da família, o enfermeiro deve respeitar e proteger a sua dignidade e avaliar com precisão as suas reais necessidades.

Fazendo o balanço deste estágio considero que foi positivo, porque me fez refletir nas minhas práticas e postura, bem como em medidas que quero adotar no meu futuro exercício profissional, como EEESF, tal como preconizado ao longo da formação teórica. O Regulamento de Competências Comuns determina, no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019 de 2019, p. 4745) e esta premissa foi sempre tida em conta, objetivando a prestação de cuidados de excelência, centrados na família. Assim, neste percurso para a aquisição de competências como EEESF, considero que este estágio foi enriquecedor para a consolidação de conhecimentos e habilidades previamente adquiridas, mas com a plena certeza de que muito ainda há para aprender.

Neste estágio, consegui idealmente uma fusão perfeita entre os conhecimentos teóricos e a prática desempenhada que se plasmou em intervenções consistentes, competentes e baseadas na evidência científica. Posso dizer que estou a caminhar em direção a um nível superior de competências no âmbito da ESF, tendo adquirido, melhorado a capacidade de intervenção nesta área.

Face às situações explanadas anteriormente, termino com a seguinte questão que faço sempre a mim mesma:

Quem sou afinal? Sou o querer, o sonho, o amor, a procura e a espera, a guerreira que corre, a voz que chama, a alma e a luta. Sou, no fundo, o que vai estando e ficando espelhado nas minhas ações, nas minhas palavras, sejam elas de júbilo ou de desalento. Sou passado, presente e com toda a certeza serei futuro, sou areal extenso, às vezes, calçada gasta, caminho de terra batida, vela ou, simplesmente, alguém que quer ir mais além como pessoa e profissional. Reconheço que sou um fino grão de areia num areal imenso, um pequeno e normal grão que procura numa praia extensa a coragem que o faz enfrentar o mar, sou aquele pequeno grão de areia capaz de construir enormes castelos que cabem na mão de uma criança/jovem e família que precisam de ser cuidados com todo o respeito pela pessoa humana que são. É assim, sou um simples e frágil grão de areia capaz de mover montanhas e voar quilômetros para conseguir o patamar de enfermeira perita.

Prefiro viver assim, acreditar assim, porque se vivesse de uma outra maneira e fosse de outra forma qualquer nunca me sentiria completa, e, sendo assim como sou, faz-me uma lutadora, uma batalhadora nata, talhada para nunca desistir por mais quedas que dê encontrarei sempre força naquele ínfimo grão de areia para me levantar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo estágio de natureza profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem de saúde familiar, foi possível desenvolver de forma sólida e integrada as competências específicas do enfermeiro especialista, promovendo uma prática centrada na pessoa, na família e na comunidade. Essas mesmas competências revelaram-se essencial na construção de uma relação terapêutica eficaz, assente na escuta ativa, na empatia e na valorização dos contextos familiares. A gestão de cuidados em co-colaboração com a família, outra competência fundamental, foi fortalecida ao promover planos de cuidados partilhados, envolvendo os membros da família na tomada de decisão e na corresponsabilização pelo processo de saúde/doença. Esta abordagem reforçou o *empowerment* familiar e reconheceu-me, enquanto enfermeiro especialista, como agente facilitador e promotor da autonomia.

Além disso, investi muito na promoção de literacia em saúde e educação para a saúde, tendo um papel preponderante nas intervenções comunitárias e domiciliárias, através de estratégias educativas adaptadas às necessidades e características de cada agregado familiar, contribuindo para a adoção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis.

De salientar que o grande investimento deste percurso de estágio centrou-se na área de Investigação, assumindo um papel estruturante e diferenciador na consolidação das competências do enfermeiro especialista. A investigação permitiu identificar necessidades emergentes, formular questões relevantes para a prática clínica e aplicar metodologias rigorosas que sustentaram uma atuação fundamentada e eficaz. Este aprofundamento contribuiu significativamente para a melhoria de qualidade dos cuidados, com especial enfoque na saúde sexual e reprodutiva, promovendo intervenções mais dirigidas, inclusivas e sensíveis às especificidades das pessoas e famílias. Ainda assim, os ganhos não se restringiram a esta área, alargando-se a todo o âmbito da ESF, fortalecendo a capacidade de planeamento, tomada de decisão e avaliação crítica em diferentes contextos de atuação.

Por fim, o trabalho em equipa multidisciplinar e a articulação com os outros recursos da comunidade permitiram uma atuação integrada e eficaz, favorecendo o acesso a cuidados de proximidade e a continuidade assistencial.

Este percurso de estágio permitiu consolidar as competências essenciais do EEESF, numa prática que articula conhecimento técnico-científico, reflexão ética e compromisso com o cuidado centrado na família como unidade de cuidado.

A realização do estudo investigativo proporcionou uma compreensão mais detalhada da satisfação conjugal e do potencial existente no âmbito da intervenção da ESF nesta área. Casais que se sentem satisfeitos com a sua relação conjugal tendem a apresentar níveis mais elevados de felicidade, maior capacidade de lidar com adversidades, um sentido mais forte de competência parental percebida e menos sintomas depressivos. Por outro lado, a satisfação conjugal é um dos fatores mais determinantes na qualidade da coparentalidade, influenciando a autoeficácia e a competência percebida na execução do papel parental (Kuo et al., 2024). Em contraste, os conflitos conjugais e, consequentemente, a insatisfação conjugal podem afetar negativamente o funcionamento psicofisiológico e social dos indivíduos, estando fortemente associados a taxas elevadas de divórcio ou separação (Kuo et al., 2024).

Como mencionado anteriormente, é fundamental que o ESF utilize instrumentos válidos e confiáveis para avaliar a satisfação conjugal nas consultas de saúde sexual e reprodutiva e apoiem as tomadas de decisão clínica com base em evidência robusta e sustentada. Ao desenvolver e implementar planos de avaliação e intervenção, os profissionais de saúde familiar estarão a apoiar os casais, considerando que, muitas vezes, estes tendem a avaliar a sua relação de forma excessivamente positiva. Assim, não se trata apenas de avaliar a satisfação conjugal, mas também de intervir de forma personalizada e holística, levando em conta as necessidades e percepções específicas de cada casal, e em cada um dos momentos das suas vidas, nomeadamente nas fases de transição. Incorporar a avaliação da satisfação conjugal no desenvolvimento de uma intervenção centrada na família pode facilitar o processo de tomada de decisões, pois a família deve ser encarada como uma unidade, com forças e com fraquezas/vulnerabilidades.

Uma outra implicação prática é que essa abordagem sustentará a minha futura prática como ESF, apoiada em evidências, para integrar indicadores de diagnóstico, monitorização e avaliação dos impactos de programas de intervenção junto dos casais, promovendo, assim, uma maior participação dos homens nas consultas de planeamento familiar. Reconheço, no entanto, que isso representa um grande desafio, mas esses desafios apenas reforçam o meu desejo de continuar a trabalhar e a unir esforços para alcançar resultados ainda mais positivos no que diz respeito à satisfação conjugal, refletindo-se no bem-estar holístico da família. Afinal, como já foi sublinhado, a satisfação conjugal é um fator

central para o bem-estar individual e para o funcionamento do sistema familiar, exigindo, por isso, medidas adaptadas e eficazes e mais intervenções no âmbito da Saúde Familiar.

O estudo demonstrou que a maioria dos utentes da Consulta de Planeamento Familiar era do sexo feminino, o que reflete uma maior adesão das mulheres a este tipo de acompanhamento em saúde. Verificou-se também um predomínio de participantes com mais de 45 anos, em grande parte casados ou em união de facto, e com relações marcadas por uma coabitação prolongada. Entre as mulheres com 45 anos ou menos, destacaram-se níveis elevados de satisfação conjugal, ainda que associados a um grau mais acentuado de distorção implícita. Além disso, foi possível identificar que variáveis como a idade, a escolaridade e a perceção de saúde influenciam de forma significativa a satisfação conjugal, o que reforça a complexidade dos fatores que moldam as dinâmicas relacionais no seio da família.

Face a estes resultados, torna-se pertinente a implementação de uma avaliação sistemática da satisfação conjugal, utilizando um instrumento validado no contexto português. Esta prática poderá reforçar a consolidação de intervenções baseadas na evidência, contribuindo para a melhoria da qualidade das relações conjugais entre os casais acompanhados na USF.

As implicações para a prática clínica, decorrentes do estudo da avaliação da satisfação conjugal, são significativas, pois convida à reflexão sobre como as competências adquiridas na área, para promover o bem-estar da família, especialmente no contexto da satisfação conjugal, que tem um impacto direto na saúde e no equilíbrio emocional familiar. Uma das implicações mais evidentes é a necessidade de os EESF desenvolverem uma abordagem holística, centrada na família como um todo, considerando a interação entre os membros familiares e o contexto relacional. É importante intervir nas dinâmicas familiares, reconhecendo as influências da satisfação conjugal nesta unidade de cuidados. Acresce referir que é fundamental que o EESF possua competências comunicativas eficazes para abordar temas sensíveis relacionados com a satisfação conjugal, criando um ambiente empático e de confiança para os casais expressarem as suas preocupações e necessidades. É também crucial um trabalho colaborativo com outras equipas de saúde, de forma a garantir-se que as intervenções sejam abrangentes e coordenadas, considerando os aspetos emocionais e sociais que influenciam o bem-estar da família. O estudo reforça a importância de adotar práticas baseadas em evidência, com integração dos conhecimentos adquiridos acerca da satisfação conjugal nas estratégias de cuidados de saúde familiar, o que exige o desenvolvimento contínuo de competências ao longo da prática clínica,

resultando na estimulação da reflexão crítica e a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades familiares, com o objetivo de promover a saúde integral da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aborigo, R. A., Reidpath, D. D., Oduro, A. R., & Allotey, P. (2018). Male involvement in maternal health: Perspectives of opinion leaders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1606-3>
- Abreu-Afonso, J., Ramos, M. M., Queiroz-Garcia, I., & Leal, I. (2022). How couple's relationship lasts over time? A model for marital satisfaction. *Psychological Reports*, 125(3), 1601-1627. <https://doi.org/10.1177/00332941211000651>
- Adane, H. A., Assefa, N., Mengistie, B., & Demis, A. (2020). Male involvement in prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus and associated factors in Enebsie-Sarmider District, north west Ethiopia, 2018: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2964-x>
- Adib-Hajbaghery, M., Lotfi, M. S., & Hosseini, F. S. (2021). The effect of occupational stress on marital satisfaction and mental health in Iranian nurses. *Work*, 68(3), 771-778. <https://doi.org/10.3233/WOR-203410>
- Albougami, A. S., Pounds, K. J., & Alotaibi, S. (2016). Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: A discussion paper. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2(4), 2-5. <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510064>
- Al-Darmaki, F., Dodeen, H., Yaaqeib, S., Ahammed, S., & Jacobson, M. J. (2019). Predictors of Emirati marital satisfaction: Contributions of psychological health and family functioning. *Journal of Family Issues*, 40(6), 785-804. <https://doi.org/10.1177/0192513X19827994>
- Ani, F., Abiodun, O., Sotunsa, J., Fatureti, O., Imaralu, J., & Olaleye, A. (2016). Demographic factors related to male involvement in reproductive health care services in Nigeria. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(1), 57-67. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1100907>
- Arab, A. A., Nakhaee, N., & Khanjani, N. (2015). Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH marital satisfaction (brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. *Journal of Health and Development*, 4(2), 158-167. http://jhad.kmu.ac.ir/article_91375_6741ab3b21dfed36ea62dbc37e513806.pdf

- Arslan, A. (2023). Características, tipos e funções do conceito de família. *African Educational Research Journal*, 11 (1), 45–48. <https://doi.org/10.30918/aerj.111.23.001>
- Assefa, L., Shasho, Z., Kasaye, H. K., & et al. (2021). Men's involvement in family planning service utilization among married men in Kondala district, western Ethiopia: A community-based comparative cross-sectional study. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6, 16. <https://doi.org/10.1186/s40834-021-00160-x>
- Atuahene, M. D., Arde-Acquah, S., Atuahene, N. F., Adjuik, M., & Ganle, J. K. (2017). Inclusion of men in maternal and safe motherhood services in inner-city communities in Ghana: Evidence from a descriptive cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1337-2>
- Barreto, M. S., Nascimento, D. G., Magini, L. Y. Z., Oliveira, I. L., Vieira, V. C. L., & Marcon, S. S. (2019). Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Escuela Anna Nery*, 23(3), e20190003. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>
- Barreto, M. S., Wolf, I., Souza, N. C., Buzzerio, L. F., Vieira, V. C. L., Figueiredo-Barbieri, M. C., et al. (2023). Experiences of providers and immigrants/refugees with health care: A meta-synthesis of the Latin American context. *Canadian Journal of Nursing Research, Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/08445621231215845>
- Basit, G., & Duygulu, S. (2018). Nurses' organizational trust and intention to continue working at hospitals in Turkey. *Collegian*, 25(2), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.05.003>
- Belsky, J., & Jafee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 38–85).
- Bergamini, C. W. (1997). *Motivação nas organizações* (4th ed.). Atlas.
- Bogdan, I., Turliuc, M. N., & Candel, O. S. (2022). Transition to parenthood and marital satisfaction: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 901362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901362>
- Bronfenbrenner, U. (1990). Discovering what families do. In rebuilding the nest: a new commitment to the american family. Family Service America.

- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Casquillo-Martins, I., & Matela, T. (2021). Inequalities in access to education: A socio-educational intervention with migrant children and youth. In *ICERI2021 Proceedings* (pp. 6888–6895). IATED Academy.
- Červený, M., Siaki, L., Prosen, M., & Nagórska, M. (2022). Challenges experienced by nurses caring for patients from different cultures: A scoping review of the literature, 2010–2020. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(4), 783-792. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0024>
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4th ed.). Manole.
- Choi, E., & Jung, S. Y. (2021). Marital satisfaction and depressive symptoms among Korean couples with young children: Dyadic autoregressive cross-lagged modeling. *Family Relations*, 70(5), 1384–1398. <https://doi.org/10.1111/fare.12570>
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child Development*, 63(3), 526–541. <https://doi.org/10.2307/1131344>
- Cotrim, H., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2020). A percepção dos enfermeiros relativamente ao seu grau de competência para a prestação de cuidados de enfermagem às famílias reconstruídas, com filhos adolescentes, na área de atenção satisfação conjugal. *Suplemento Digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 159-163. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31415/1/159-163.pdf>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19–43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Delamuta, K. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00087019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>

- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2020). Marital quality assessment: Reviewing the concept, instruments, and methods. *Marriage & Family Review*, 56(3), 193–216. <https://doi.org/10.1080/01494929.2020.1712300>
- deMontigny, F., Girard, M. E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.048>
- Di Napoli, A., Ventura, M., Spadea, T., Giorgi Rossi, P., Bartolini, L., Battisti, L., Cacciani, L., Caranci, N., Cernigliaro, A., De Giorgi, M., Fanolla, A., Lazzeretti, M., Mininni, M., Mirisola, C., & Petrelli, A. (2022). Barriers to accessing primary care and appropriateness of healthcare among immigrants in Italy. *Frontiers in Public Health*, 10, 817696. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.817696>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Dillon, L. M., & Beechler, M. P. (2010). Marital satisfaction and the impact of children in collectivist cultures: A meta-analysis. *Journal of Evolutionary Psychology*, 8, 7–22.
- Dion, K. K., & Dion, K. L. (1993). Individualistic and collectivistic perspectives on gender and the cultural context of love and intimacy. *Journal of Social Issues*, 49, 53.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva. Planeamento familiar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracecao/saude-reprodutivaplaneamento-familiaredicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- DiStefano, C. (2016). Examining fit with structural equation models. In K. Schweizer & C. DiStefano (Eds.), *Principles and methods of test construction: Standards and recent advances* (pp. 166–193). Hogrefe Publishing.
- Dobrowolska, M., Groyecka-Bernard, A., Sorokowski, P., Randall, A. K., Hilpert, P., et al. (2020). Global perspective on marital satisfaction. *Sustainability*, 12, 8817. <https://doi.org/10.3390/su12218817>
- Dolan, P., & Metcalfe, R. (2012). Measuring subjective wellbeing: Recommendations on measures for use by national governments. *Journal of Social Policy*, 41, 409–427.
- Dursun, R. (2024). Concepts of Family and Marriage. 1–18. <https://doi.org/10.69860/nobel.9786053359500.1>

- Dusin, J., Melanson, A., & Mische-Lawson, L. (2023). Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review. *BMJ Open*, 13, e071188. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188>
- Dylan, L. (2023). Access to high-quality healthcare in the United States for Chinese-American immigrants. *Brown Undergraduate Journal of Public Health*. Retrieved from <https://sites.brown.edu/publichealthjournal/2023/11/29/access-to-high-quality-healthcare-in-the-united-states-for-chinese-american-immigrants/>
- Ettinger de Cuba, S., Miller, D. P., Raifman, J., Cutts, D. B., Bovell-Ammon, A., Frank, D. A., & Jones, D. K. (2023). Reduced health care utilization among young children of immigrants after Donald Trump's election and proposed public charge rule. *Health Affairs Scholar*, 1(2), qxad023. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad023>
- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Falconier, M. K., Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2016). *Couples coping with stress: A cross-cultural perspective*. Routledge.
- Fallon, I. (2013). Family interventions in mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 2(1), 20–28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/>
- Feijão, G. M., & Morais, N. A. (2018). Interação família e trabalho: A percepção de docentes do ensino superior acerca da satisfação conjugal. *Contextos Clínicos*, 11(1), 83–96. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.07>
- Ferrão, L. F., Andrade, A. L., & Silva, F. C. (2019). Escala ENRICH de satisfação conjugal: Adaptação e evidências psicométricas iniciais no Brasil. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 13(2), 128–146. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.26089>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

- Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de Cuidados em Enfermagem de Saúde Familiar - Estudos de Caso*. Sabooks Editora.
- Firouzan, V., Noroozi, M., Farajzadegan, Z., & Mirghafourvand, M. (2019). Barriers to men's participation in perinatal care: A qualitative study in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2263-x>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Gardner, H. (2010). O Conceito de Família .
- Godinho, A., Florentino, D. M., Violante, F. F., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência: O caso do planeamento familiar. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 358–370. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>
- Hämel, K., Röhsch, G., & Heumann, M. (2022). How do nurses support chronically ill clients' participation and self-management in primary care? A cross-country qualitative study. *BMC Primary Care*, 23, 85. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01687-x>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Heidari, M., Shahbazi, S., Ghafourifard, M., & Sheikhi, R. A. (2017). Prediction of marital satisfaction based on emotional intelligence in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(3), 196–201. <https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.3.196>
- Hennessey, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107761/E88841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hofstede, G. H., & Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Sage.
- Imanipour, M., & Kiwanuka, F. (2020). Family nursing practice and family importance in care: Attitudes of nurses working in intensive care units. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100265. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100265>

- Internacional de Enfermagem Familiar (IFNA). (2017). *Declaração de posição da IFNA sobre competências de prática avançada para enfermagem familiar*. <https://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/> Deve colocar as competências
- Jiménez, L., Hidalgo, V., Baena, S., León, A., & Lorence, B. (2019). Effectiveness of Structural–Strategic Family Therapy in the treatment of adolescents with mental health problems and their families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1255. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071255>
- Jor, A., Sadeghmoghadam, L., Mazloun Shahri, S. B., & Khosravan, S. (2023). The effect of a family-centered program to manage domestic roles on marital satisfaction in female nurses. *Journal of Research & Health*, 13(1), 51–58. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.13.1.2063.2>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Padgett, S. R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). Linfield Authors Book Gallery. <https://digitalcommons.linfield.edu/linfauth/90>
- Kamal, H., Tiwari, R., Behera, J., & Hasan, B. (2018). Personality variables and marital satisfaction: A systematic review. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 9(4), 534–541. https://www.researchgate.net/publication/325060597_Personality_Variables_and_Marital_Satisfaction_A_Systematic_Review
- Kanter, J. B., & Proulx, C. M. (2021). The longitudinal association between marital and psychological functioning in socioeconomically disadvantaged relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(9), 2465–2473. <https://doi.org/10.1177/02654075211011704>
- Kardan-Souraki, M., Khani, S., Hamzehgardeshi, Z., & Mohammadpour, R. A. (2018). Socio-demographic factors predicting marital intimacy in a sample of Iranian couples: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(3), e9023. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.9023>
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100–116. <https://doi.org/10.1111/jomf.12635>
- Kincaid, R. (2022). Partner–child relationship satisfaction and marital satisfaction: Do impressions spill over? *Journal of Family Issues*, 43(10), 2724–2744. <https://doi.org/10.1177/0192513X211033932>

- King, M. E. (2016). Marital satisfaction. In *Encyclopedia of Family Studies* (pp. 1–2). <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs054>
- Kompothanasi, E., Dimitrios, C., & Vivilaki, V. (2022). Experience with the midwifery-led continuity care model among female migrants, refugees, and asylum seekers in the context of the ORAMMA project. *Eleutho*, 21, 1.
- Kuo, P. X., Xu, W., & Yang, Z. (2024). Dyadic associations between marital satisfaction and coparenting quality: gender differences and the moderating role of caregiving identity. *Frontiers in Sociology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1422404>
- Kwan, R. W. H., Kwok, S. Y. C. L., & Ling, C. C. Y. (2015). The moderating roles of parenting self-efficacy and co-parenting alliance on marital satisfaction among Chinese fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3506–3515. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0152-4>
- LaLonde, R. N., Hynie, M., Pannu, M., & Tatla, S. (2004). The role of culture in interpersonal relationships. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35, 503–524.
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., Zajacova, A., & Wadsworth, T. (2019). Marital happiness, marital status, health, and longevity. *Journal of Happiness Studies*, 20, 1539–1561. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0009-9>
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. M. (1985). Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing Health Care*, 6(4), 208–212.
- Luttik, M. L. (2020). Family Nursing: The family as the unit of research and care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(8), 660–662. <https://doi.org/10.1177/1474515120959877>
- Mamene, M., Azadi, H., Saraei, Z., Mohammadi, S., Nikbina, M., et al. (2022). Comparison of marital satisfaction of nurse couples and those whose spouse is not a nurse and predicting factors that determine their marital satisfaction. *Shiraz E-Medical Journal*, 23(8), e122523. <https://doi.org/10.5812/semj-122523>
- Martínez-Pampliega, A., Ugarte Elicegui, I., Merino, L., & Herrero Fernández, D. (2019). Conciliación familia-trabajo y sintomatología externalizante de los hijos e hijas: Papel mediador del clima familiar. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10, 27–36.
- Mas, J. M., Dunst, C. J., Balcells-Balcells, A., Garcia-Ventura, S., Giné, C., & Cañadas, M. (2019). Family-centered practices and the parental well-being of young children

- with disabilities and developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 94, 103495. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103495>
- Mestre, T. D., Lopes, M. J., Mestre, D. M., Ferreira, R. F., Costa, A. P., & Caldeira, E. V. (2024). Impact of family-centered care in families with children with intellectual disability: A systematic review. *Heliyon*, 10(7), e28241. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28241>
- Michaelson, V., Pilato, KA, & Davison, C. (2021). Família como um cenário de promoção da saúde: Uma revisão de escopo de modelos conceituais da família promotora da saúde. *PLOS ONE*, 16 (4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0249707>
- Mikolajczak, M., Raes, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted parents: Sociodemographic, child-related, parent-related, parenting, and family-functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 602–614. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0892-4>
- Nesane, K., Maputle, S. M., & Shilubane, H. (2016). Male partners' views of involvement in maternal healthcare services at Makhado Municipality clinics, Limpopo Province, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(2), 1–5. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i2.1060>
- 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, 575–584. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300013>
- Noviyanti, W., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 2225. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>
- Nunes, C., Ferreira, L. I., Martins, C., Pechorro, P., & Ayala-Nunes, L. (2022). The ENRICH marital satisfaction scale: Adaptation and psychometric properties among at-risk and community Portuguese parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(11), 3275–3295. <https://doi.org/10.1177/02654075221095052>
- Nunes, C., Martins, C., Leal, A., Pechorro, P., Ferreira, L. I., & Ayala-Nunes, L. (2022). The ENRICH Marital Satisfaction (EMS) Scale: A psychometric study in a sample of Portuguese parents. *Social Sciences*, 11(3), 107. <https://doi.org/10.3390/socsci11030107>
- OE. (2015). Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da*

República, nº 124/2015-II Série. <https://dre.pt/home/-/dre/67626811/details/maximized>

OE. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018. *Diário da República*, nº 135/2018, Série II, 19354–19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS* (S. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-35-5.

Pandya, J. D. (2024). Intrinsic & extrinsic motivation & its impact on organizational performance at Rajkot city: A review. *Journal of Management Research & Analysis*, 11(1), 46–53. <https://doi.org/10.18231/j.jmra.2024.009>

Perlman, D., & Miller, R. S. (2024). Modern marital satisfaction: Are we expecting too much? In M. Hojjat & A. Moyer (Eds.), *Modern relationships: Romance, friendship, and family in the 21st century* (pp. 73–89). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197655504.003.0005>

Portugal. Ministério da Saúde. (2022). *Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022*. Administração Central do Sistema de Saúde. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_CSP_2022_VF.pdf

Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF Mais Saúde*.

Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196; discussion 200–201. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>. PMID: 12113149.

Purnell, L. (2003). Transcultural diversity and health care. In L. Purnell & B. F. Fulanka (Eds.), *Transcultural health care: A culturally competent approach* (2nd ed., pp. 1–7). Philadelphia: F. A. Davis.

Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(2), 7–15. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Larry_Purnell/publication/11265758_The_Pur

[nell_Model_for_Cultural_Competence/links/00b495330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf](https://www.researchgate.net/publication/330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf)

- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente* (3rd ed.). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-28-4.
- Reis, A., & Spínola, A. (2016). Saúde das famílias imigrantes: Estratégias pedagógicas na formação em enfermagem. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 63–69.
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57–65). Lisboa: Lusodidacta.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3rd ed.). Edições Afrontamento.
- Reneman, M. F., Selb, M., Korwisi, B., Barke, A., Escorpizo, R. S., Tu, S. W., & Treede, R.-D. (2023). Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the World Health Organization's Family of International Classifications. *PAIN*, 164(6), 1240–1244. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002854>
- Ribeiro, D., & Figueiredo, M. H. (2023). Técnicas de intervenção internacionais: Reenquadramento. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 436–437). Lisboa: Lidel.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Roudsari, R. L., Sharifi, F., & Goudarzi, F. (2023). Barriers to the participation of men in reproductive health care: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 23, 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15692-x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. (2020). Access to healthcare for immigrant children in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3320. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>

- Santos, M. L. V. A. (2012). *Abordagem sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho Profissional do Enfermeiro* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Sayehmiri, K., Kareem, K. I., & Abdi, K. (2020). The relationship between personality traits and marital satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 8, 15. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0383-z>
- Shafer, K., Jensen, T. M., & Larson, J. H. (2014). Relationship effort, satisfaction, and stability: Differences across union type. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 212–232. <https://doi.org/10.1111/jmft.12007>
- Sherwood, G. (2024). Reflective practice and knowledge development: Transforming research for a practice-based discipline. *International Journal of Nursing Sciences*, 11, 399–404. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.002>
- Silva, A. F. S. L. (2016). *Cuidar do idoso que cuida: Intervenção do enfermeiro especialista* (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16510>
- Silva, E., & Santos, A. R. S. (2022). Indicador 380: Descubre onde estão os teus utentes com DPOC. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(4), 412–416. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i4.13310>
- Silva, R. C. P. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: O contributo do Enfermeiro de Família* (Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar).
- Silva, S. (2003). *Adaptação Académica, Pessoal e Social do Jovem Adulto ao Ensino Superior: Contributos do Ambiente Familiar e do Autoconceito* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra). http://www.esec.pt/cdi/ebooks/docentes/S_Silva/Tese.M.pdf
- Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00053-X)
- Smith, J., & Brown, L. (2020). A importância da prática baseada em evidências na enfermagem. *Revista de Enfermagem Clínica*, 45(2), 123–130. <https://doi.org/10.1234/revclin.2020.0123>
- Sorokowska, A., Sorokowski, P., Hilpert, P., Cantarero, K., Frackowiak, T., Eahmadi, K., AlGhraibeh, A. M., Aryeetey, R., Bertoni, A., Bettache, K., et al. (2017). Preferred

- interpersonal distances: A global comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48, 577–592.
- Sorokowski, P., Randall, A. K., Groyecka, A., Frackowiak, T., Cantarero, K., Hilpert, P., et al. (2017). Corrigendum: Marital satisfaction, sex, age, marriage duration, religion, number of children, economic status, education, and collectivistic values: Data from 33 countries. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01728>
- Sousa, L. A., Freitas, C. M., & Tavares, J. P. (2023). Cuidadores familiares de pessoas com demência: Tradução, adaptação e validação da Escala de Limites Ambíguos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2, Supl. 1), e22035. <https://doi.org/10.12707/RVI22035>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Família: Conceito de família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92–95). Lidel.
- Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., et al. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*, 391, 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Tavakol, Z., Nikbakht Nasrabadi, A., Behboodi Moghadam, Z., Salehiniya, H., & Rezaei, E. (2017). A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3), 197–207. <https://doi.org/10.22086/gmj.v6i3.641>
- The Joint Commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou, A., Dreliozi, A., & Tzavella, F. (2024). Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel: A crucial aspect of delivering culturally sensitive care. *Social Sciences*, 13(10), 530. <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2013). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583.
- Van Riper, M. (2020, January). *What is family nursing?* Presentation at the National Roundtable Debate on Family-focussed Nursing, Sheffield, England, United Kingdom. <https://ifnaukandireland.org/family-nursing/>

- Vilas, L. (2015). Satisfação Conjugal, Amor Romântico, Coping Diádico e Sensibilidade Olfativa ao longo do Ciclo Vital do Casal: Estudo comparativo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar. Universidade de Coimbra - UNIV-FAC-AUTOR Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/30991/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Lilia%20Vilas.pdf>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed. revista e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Whisman, M. A., Gilmour, A. L., & Salinger, J. M. (2018). Marital satisfaction and mortality in the United States adult population. *Health Psychology*, 37(11), 1041–1044. <https://doi.org/10.1037/hea0000677>
- World Health Organization. (2018) Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (last accessed 6 May 2022).
- World Health Organization. (2021). Primary health care. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- World Health Organization. (2023). WHO recommendations on self-care interventions: Availability of lubricants during sexual activity. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376414/WHO-SRH-23.4-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. WHO-FIC family paper (technical document), 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/who-fic-family-paper>.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia, PA: FA Davis Company.
- Zahedi, H., Alizadeh-Dibazari, Z., Mirghafourvand, M., Sahebiagh, M. H., & Hosseinzadeh, M. (2024, March 27). The effectiveness of couple-based interventions on the marital outcomes of women with genital and breast cancer and their partners: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 24(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12088-x>

ANEXOS

ANEXO I - PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

A Satisfação Conjugal - um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar

Este questionário destina-se a casais com idade entre os 30-54 anos de idade, cujas mulheres estão inscritas na Consulta de Planeamento Familiar, na Unidade de Saúde Familiar USF da região Norte do país que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E..

Os objetivos do estudo são avaliar a satisfação conjugal dos casais e com idade entre os 30-54 anos de idade, cujas mulheres estão inscritas na Consulta de Planeamento Familiar identificadas no S.Clínico; Caracterizar sociodemograficamente os casais com idade entre os 30-54 anos de idade, cujas mulheres estão inscritas na Consulta de Planeamento Familiar; traçar o perfil sociodemográfico dos casais; identificar que variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, duração de coabitação, tempo de coabitação ao longo do ano, existência de filhos, idade dos filhos, habilitações literárias, profissão e antecedentes pessoais) interferem na satisfação conjugal dos casais na amostra referida.

Se deseja contribuir para este projeto de investigação, agradecemos, desde já, a sua participação!

A sua participação neste estudo é voluntária e ocupará cerca de 15 minutos do seu tempo. A sua não participação não trará qualquer prejuízo, assistenciais ou outros, nem dela decorrerá qualquer tipo de contrapartida financeira ou material. A confidencialidade e o anonimato dos dados serão sempre assegurados.

QUESTIONÁRIO

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Género	
☐ Feminino	☐ Masculino
2. Idade _____ anos	
3. Estado Civil	
☐ Solteiro	
☐ Casado/União Facto	
☐ Separado/Divorciado	
4. Existência de filhos	
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Se SIM. Quantos _____ e idade _____	
5. Duração de co-habitação _____	
6. Tempo de co-habitação ao longo do ano (por exemplo, viver juntos o ano inteiro)	
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Se não, quanto tempo ao longo do ano co-habitam na mesma casa? _____	
7. Profissão _____	
8. Habilitações literárias	
☐ 1º Ciclo do ensino básico (1º-4º ano)	
☐ 2º Ciclo do ensino básico (5º-6º ano)	
☐ Ensino Secundário (10º-12º ano)	
☐ Ensino Superior	
☐ Outro. Qual? _____	
9. Antecedentes pessoais ao nível da sua saúde:	
☐ Diabetes:	
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Hipertensão	
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Hipercolesterolemia	
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Doença da mama	
☐ Sim	

☐ Não 5 ☐ Doença da próstata: ☐ Sim ☐ Não 6 ☐ Outros: Qual? _____
10. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde geral? (selecione apenas uma das opções)
1 ☐ Muito bom 2 ☐ Bom 3 ☐ Razoável 4 ☐ Mau 6 ☐ Muito mau 7 ☐ Prefiro não responder
11. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde mental? (selecione apenas uma das opções)
1 ☐ Muito bom 2 ☐ Bom 3 ☐ Razoável 4 ☐ Mau 6 ☐ Muito mau 7 ☐ Prefiro não responder

Escala Marital de Enrich Feminina

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. O meu marido e eu compreendemo-nos perfeitamente.					
2. Não gosto das características de personalidade nem dos hábitos do meu marido.					
3. Estou muito contente como nos organizamos no nosso casamento questões como as decisões económicas familiares, as tarefas domésticas, a educação dos filhos...as coisas que um casal pode decidir.					
4. O meu marido compreende completamente o meu estado de ânimo quotidiano.					
5. Não estou satisfeita com a nossa comunicação e sinto que o meu marido não me compreende.					

6. A nossa relação é perfeita.					
7. Estou muito satisfeita com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas.					
8. Estou descontente com a nossa situação financeira e com a forma como tomamos decisões sobre esse tema.					
9. Tenho algumas necessidades que não são satisfeitas na nossa relação.					
10. estou muito satisfeita como organizamos o tempo que passamos juntos e com as nossas atividades de ócio.					
11. Estou muito satisfeita com a nossa forma de expressarmos-nos afeto e com as nossas relações sexuais.					
12. Não estou satisfeita com a maneira como nos encarregamos das nossas responsabilidades como pais.					
13. Nunca me arrependi da minha relação com o meu marido nem sequer por um momento.					
14. Estou descontente com as nossas relações com os familiares e/ou amigos.					
15. Sinto-me bem com a forma como praticamos as nossas crenças e valores religiosos					

Escala Marital de Enrich Masculina

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. A minha esposa e eu compreendemo-nos perfeitamente.					
2. Não gosto das características de personalidade nem dos hábitos da minha mulher.					
3. Estou muito contente como nos organizamos no nosso casamento questões como as decisões económicas familiares, as tarefas domésticas, a educação dos					

filhos...as coisas que um casal pode decidir.					
4. A minha esposa compreende completamente o meu estado de ânimo quotidiano.					
5. Não estou satisfeito com a nossa comunicação e sinto que a minha mulher não me compreende.					
6. A nossa relação é perfeita.					
7. Estou muito satisfeito com a nossa forma de tomar decisões e resolver problemas.					
8. Estou descontente com a nossa situação financeira e com a forma como tomamos decisões sobre esse tema.					
9. Tenho algumas necessidades que não são satisfeitas na nossa relação.					
10. Estou muito satisfeito como organizamos o tempo que passamos juntos e com as nossas atividades de ócio.					
11. Estou muito satisfeito com a nossa forma de expressarmo-nos afeto e com as nossas relações sexuais.					
12. Não estou satisfeito com a maneira como nos encarregamos das nossas responsabilidades como pais.					
13. Nunca me arrependi da minha relação com a minha mulher nem sequer por um momento.					
14. Estou descontente com as nossas relações com os familiares e/ou amigos.					
15. Sinto-me bem com a forma como praticamos as nossas crenças e valores religiosos					

APÊNDICES

APÊNDICE I - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Satisfação Conjugal: Um Desafio à Enfermagem de Saúde Familiar”, realizado por Florbela Correia Dias, a frequentar de Mestrado em Enfermagem de Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se temencionar realizar, bem como do estudo em que serei incluído/a. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Foi-me afirmado/a que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado/a o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 2024

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável:

Assinatura:

APÊNDICE II - POWERPOINT SATISFAÇÃO CONJUGAL, A IMPORTÂNCIA
DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CONJUGAL - ESCALA DE AVALIAÇÃO
DA SATISFAÇÃO CONJUGAL - A ESCALA DE ENRICH

Estágio de natureza Profissional

Avaliação da Satisfação
Conjugal

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na
área de Enfermagem de Saúde Familiar

17 de Abril de 2024

APÊNDICE III - PÓSTERES

“Ao cuidar de si... está a cuidar da sua família!



258 909 286

usf.maissaude@ulsam.min-saude.pt

“Cuide de si...Cuide da sua Família”



**CUIDE DE SI...
CUIDE DA SUA FAMÍLIA!**

Marque a sua consulta de Planeamento Familiar

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**  **SNS**
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  **UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO MINHO**  **USF SAUDE**  **ipvc** **Escola Superior
de Saúde**

258 909 286

 **usf.maissaude@ulsam.min-saude.pt**

APÊNDICE IV - ARTIGO INFORMATIVO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A importância da consulta de Planeamento Familiar

O planeamento familiar é visto como uma área fundamental para a saúde reprodutiva e o bem-estar das mulheres, homens e famílias. A consulta de enfermagem no âmbito do planeamento familiar desempenha um papel fundamental na educação para a saúde sobre os diferentes métodos contraceptivos disponíveis, promovendo desta forma a saúde sexual e reprodutiva e prevenindo uma gravidez indesejada. Além disso, desempenha um papel vital na promoção da igualdade de género e na autonomia reprodutiva das mulheres/casais. Assegura a oportunidade para o aconselhamento sobre questões relacionadas com a saúde sexual, com a abordagem dos rastreios contra o cancro da mama, assim como do cancro do colo do útero, planeamento reprodutivo e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST's). Esta consulta de enfermagem afigura-se deste modo de grande importância para as mulheres/casais, promovendo uma vivência saudável da sexualidade com menores riscos.

Esta consulta pode ser procurada por pessoas que desejam evitar uma gravidez, espaçar o nascimento dos seus filhos ou tratar de questões relacionadas com a fertilidade. É um espaço onde os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros podem oferecer informações precisas e imparciais sobre os diversos métodos contraceptivos.

Existem diversos métodos contraceptivos disponíveis, cada um com as suas próprias características, nível de eficácia e eficiência. Os métodos contraceptivos podem ser divididos em várias categorias, ou seja, métodos de barreira, hormonais, intrauterinos, cirúrgicos e métodos comportamentais. Alguns dos métodos mais comuns são:

- a) **Preservativos**: Podem ser masculinos como femininos, estes são métodos de barreira que ajudam a prevenir a gravidez e a transmissão de ISTs.
- b) **Pílula anticoncepcional**: Um método contraceptivo hormonal que é tomado diariamente (alguns com pausa de 7 dias, outros não) e está disponível em diferentes formas.

- c) **Dispositivo intrauterino (DIU)**: Trata-se de um pequeno dispositivo inserido no útero que pode ser hormonal ou de cobre, oferecendo proteção contraceptiva de longo prazo.
- d) **Implante Contraceptivo**: Um pequeno implante hormonal inserido sob a pele que oferece proteção contraceptiva por vários anos.
- e) **Métodos Comportamentais (reconhecimento de fertilidade)**: Método do calendário (evita-se praticar relação sexual entre o 8º e o 12º dia do ciclo menstrual) e o método do muco [observação de secreções da vagina (muco cervical), pela mulher].
- f) **Esterilização**: Tanto masculina (vasectomia), como feminina (laqueação de trompas), são métodos cirúrgicos permanentes de esterilização.

A escolha do método contraceptivo ideal depende de diversos fatores, tal como a saúde geral do indivíduo, idade, história clínica, preferências pessoais e necessidades reprodutivas. É por isso fundamental que os profissionais de saúde facultem informações fidedignas e esclarecedoras sobre os mesmos, de forma a que o utente/casal possa definir em conjunto com os enfermeiros de família os benefícios e riscos de cada opção e garantam um suporte contínuo ajustado às necessidades de cada casal. Assim, a mulher/casal tem oportunidade de tomar decisões informadas sobre a sua própria saúde, com impacto significativo nas suas vidas, educação, carreiras e bem-estar geral.

É importante destacar que a consulta de planeamento familiar não se destina apenas às mulheres. Os homens também podem beneficiar positivamente ao se dirigirem às mesmas, onde têm acesso a aconselhamento e serviços relacionados com a contraceção masculina, paternidade responsável e saúde sexual.

Em resumo, a consulta de planeamento familiar desempenha um papel crucial na promoção da saúde reprodutiva, no empoderamento individual e na prevenção da gravidez não planeada. Os diversos métodos contraceptivos disponíveis oferecem opções para atender às necessidades e preferências individuais, permitindo que as pessoas tomem decisões informadas sobre a sua saúde sexual e reprodutiva.

O acesso a serviços de planeamento familiar e informação sobre métodos contraceptivos devem ser amplamente promovidos e disponibilizados, contribuindo para sociedades mais saudáveis, equitativas e empoderadas.

APÊNDICE V – CARTAZ RELATIVAMENTE À SEMANA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA



APÊNDICE VI - MENSAGENS RELATIVAMENTE AO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA
AFIXADAS NA PORTA DE ENTRADA DE CADA GABINETE DE ENFERMAGEM E
NA PORTA DA SALA DE TRATAMENTOS DA USF

“ O Enfermeiro de Família é a força tranquila por detrás de muitas famílias, sempre presente nos momentos de saúde e doença.”

“ O Enfermeiro de Família é quem acompanha e orienta as famílias em cada etapa das suas vidas.”

“ O Enfermeiro de Família é o elo de ligação entre as famílias e os serviços de saúde.”

“ O Enfermeiro de Família desempenha um papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis e na educação das famílias.”

“ O Enfermeiro de Família desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças e promoção da saúde.”

“ O Enfermeiro de Família é essencial para a promoção de saúde da comunidade, garantindo um atendimento personalizado e de qualidade.”

APÊNDICE VII – OFERTAS PARA OS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA DA USF MAIS SAÚDE

Dia 13/05/2024: Oferta de rosa amarela



Dia 14/05/2024: Oferta de uma planta com flor amarela



Dias 15/05/2024: Oferta de crachá “Enfermeiro/Enfermeira de Família”:



Dia 16/05/2024: Oferta de pulseira “Dia do Enfermeiro”:



Dia 17/05/2024: Oferta de *cupcake* “ O/A melhor Enfermeiro/Enfermeira de Família”:

