



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

**Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

A sexualidade na mulher com incapacidade intelectual

Neuza Fernandes Horta

Coimbra, Março de 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A sexualidade na mulher com incapacidade intelectual

Neuza Fernandes Horta

Orientadora: Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano, Professora
Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-orientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos, Professora Adjunta
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, Março de 2022

“Sexuality shouldn’t define you. It should be part of who you are.”

Jessie J

AGRADECIMENTOS

O sucesso de qualquer trabalho não depende apenas do esforço e empenho do seu autor. O presente relatório para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que para mim constituiu um importante momento de aprendizagem, profissional e pessoal, não teria sido possível sem o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas, às quais gostaria de tornar público o meu reconhecimento e gratidão.

Às minhas orientadoras professora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano e Ana Maria Poço dos Santos e professora coordenadora do nosso curso de Mestrado, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes, por terem aceite orientar este trabalho, pelo material de estudo facultado, conhecimentos transmitidos, segurança e rigor impressos em tudo. Pelas discussões e reflexões permanentes, pelas experiências partilhadas, pelo desafio constante, colaboração prestada e disponibilidade que sempre demonstraram para ajudar nos momentos mais difíceis, que permitiu a concretização deste relatório.

A todas as professoras do Curso de Mestrado e aos profissionais de saúde das diversas Instituições com quem me cruzei, nos diferentes locais de estágio, que me permitiram e proporcionaram experiências que resultaram em bons momentos de aprendizagem.

A todas as colegas de turma pelo muito que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, em especial à Ângela e à Cristina, que com a sua amizade, ajuda e apoio total me acompanharam nesta grande caminhada, por terem ainda sentido junto comigo, todas as angústias e felicidades, permitindo a conclusão deste trabalho.

Uma pública homenagem a toda a minha família, com relevo especial para os meus pais, irmão e namorado, que desde sempre criaram as melhores condições para que eu pudesse atingir os meus objetivos, pelos valores, princípios, determinação e força sempre inculcadas. Por compreenderem ainda as minhas ausências, e que, com todo o apoio e carinho, nunca me deixaram desanimar. Obrigada pelo amor, alegria, tempo, sorrisos e atenção sem reservas. Ao ser maravilhoso que é a minha filha que, de forma tão inconsciente, foi uma força de maior para a conclusão deste trabalho.

Por fim, às utentes da Instituição que se disponibilizaram a participar no estudo de investigação e que, com a sua alegria, contribuíram para que, dia após dia, realizasse o meu trabalho com toda a dedicação. Assim como a todos os profissionais que proporcionaram meios para que este estudo fosse possível.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF- Auscultação Cardíaca Fetal

APF- Associação para o Planeamento da Família

CS - Centro de Saúde

CID- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DR- Diário da República

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EESMO- Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

HPV- Papilomavírus Humano

IPPF- Federação Internacional de Planeamento da Família

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

MBB- Maternidade Bissaya Barreto

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

p. - Página

RCT- Registo Cardiotocográfico

RC- Recém-Nascido

s.d.- Sem Data

s.p.- Sem Página

SPG- Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SU- Serviço de Urgência

TP- Trabalho de Parto

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UIP- Unidade de Intervenção Precoce

UMMF- Unidade de Medicina Materno Fetal

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF- Unidade de Saúde Familiar

WHO- World Health Organization

RESUMO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizado um relatório final, que contempla uma descrição e reflexão relativa à componente de estágio e uma abordagem da componente de investigação.

Problemática: Na componente de investigação, o estudo desenvolvido abrangeu duas temáticas centrais: a sexualidade e a mulher com incapacidade intelectual. A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada pessoa, que contribui para o seu bem-estar. A pessoa com incapacidade, tal como as outras pessoas, apresenta potencialidades, desejos e necessidades e, por isso, é impossível excluir esta temática da realidade destas pessoas. A área de Saúde Materna e Obstétrica assume especial importância nos cuidados especializados à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, nomeadamente no âmbito da sexualidade. Assim, os/as enfermeiros/as deverão possuir competências para educar e orientar, no sentido de promover vivências da sexualidade em pleno.

Objetivo: Conhecer as perceções e descrever as vivências da sexualidade, de mulheres com diagnóstico de incapacidade intelectual (ligeira ou moderada), que se encontram institucionalizadas.

Metodologia: Investigação qualitativa, de nível I: exploratório-descritivo. Nesta participaram treze mulheres e, para alcançar o objetivo proposto, foi utilizada uma entrevista semiestruturada constituída por questões sociodemográficas e questões no âmbito da temática em estudo. Os dados recolhidos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

Resultados: Da análise das entrevistas, emergiram três categorias: Perceção da sexualidade; Conhecimentos sobre a sexualidade; e Vivências da sexualidade. Verificou-se dificuldade em verbalizar conceitos sobre sexualidade e conclui-se que as participantes têm falta de informações, sendo o conhecimento sobre a temática da sexualidade reduzido ou inexistente. O reconhecimento das vivências notou-se influenciado pela carência de conhecimentos. Percebeu-se que existem fatores que condicionaram as suas vivências e, possivelmente, provocaram desconfortos, com impacto negativo nas vivências atuais.

Conclusão: Salienta-se a necessidade de um trabalho aprofundado e uma formação contínua, destacando-se a importância da educação para a saúde e a intervenção do/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, perante este grupo-alvo.

Palavras-chave: Enfermagem, Sexualidade, Incapacidade intelectual ligeira, Incapacidade intelectual moderada.

ABSTRACT

This is a final report produced within the scope of the course unit Internship with Report, integrated into the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing. The report describes and reflects on the internship component and presents an approach to the research component.

Background: The study covered two central themes in the research component: Sexuality and Women with intellectual disabilities. Sexuality is an integral part of individuals' lives, contributing to their well-being. People with a disability are no exception and, just like everyone else, have potential, desires, and needs. Thus, sexuality cannot be excluded from their reality. Maternal health and obstetric nursing provides specialized care to women throughout their reproductive cycle, particularly in sexuality. Thus, nurses must have the skills to educate and guide them to promote their full experience of sexuality.

Objective: To know the perceptions and describe the sexual experiences of institutionalized women diagnosed with intellectual disability (mild or moderate).

Methodology: A level I exploratory-descriptive qualitative research was conducted using semi-structured interviews in a sample of thirteen women. The interviews consisted of sociodemographic questions and questions regarding the study's themes. The collected data were analyzed according to Bardin's content analysis technique (2016).

Results: Three categories emerged from the analysis of the interviews: Perceptions of sexuality; Knowledge of sexuality; and Experiences of sexuality. The participants demonstrated difficulties in verbalizing their ideas about sexuality. It was apparent that participants lacked information on sexuality, and their knowledge on the theme was reduced or non-existent. Their lack of knowledge influenced the recognition of their experiences. The research also observed factors that conditioned the participants' experiences and, possibly, caused them discomfort, negatively impacting their current experiences.

Conclusion: There is the need for in-depth work and ongoing training, highlighting the importance of health education and the interventions of Nurse Specialists in Maternal Health and Obstetric Nursing regarding this target group.

Keywords: Nursing, Sexuality, Mild intellectual disability, Moderate intellectual disability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Níveis de gravidade da incapacidade intelectual e sua definição.....	56
Tabela 2- Percepções da sexualidade.....	65
Tabela 3- Aquisição de conhecimentos sobre sexualidade.....	68
Tabela 4- Vivências da sexualidade.....	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
-------------------------	-----------

PARTE I- COMPONENTE DE ESTÁGIO

1- AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	21
---	-----------

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO	22
---	----

1.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
------------------------------------	----

1.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	49
---	----

PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA

2- VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA MULHER COM INCAPACIDADE INTELECTUAL	53
---	-----------

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	54
---------------------------------	----

2.2 DESENHO DO ESTUDO	60
-----------------------------	----

2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
--	----

2.4 SÍNTESE CONCLUSIVA	79
------------------------------	----

CONCLUSÃO	85
------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
---	-----------

ANEXOS

ANEXO I- Parecer Comissão de Ética da ESEnfC

ANEXO II- Parecer Comissão de Ética da Instituição

APÊNDICES

APÊNDICE I- Guião da Entrevista

APÊNDICE II- Termos de Consentimento informado, esclarecido e livre para a participação na entrevista

INTRODUÇÃO

No âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que integra a unidade curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizado o presente documento que é composto pelo relatório da componente de estágio na Comunidade e da componente de estágio de Enfermagem na Maternidade, assim como, pela apresentação do estudo realizado na componente de investigação.

Este relatório tem a finalidade de descrever reflexivamente as competências adquiridas e desenvolvidas nos diversos locais de estágio e apresentar o estudo de investigação realizado, que objetiva conhecer as perceções e as vivências da sexualidade de mulheres com incapacidade intelectual. Esta temática emergiu de uma problemática identificada ao longo do curso e visa suscitar interesse para investigações futuras e para melhorar a qualidade dos cuidados.

Com a facilidade de acesso à informação, cada vez mais, as pessoas encontram-se informadas sobre as variadas temáticas que fazem parte do quotidiano. No entanto, ainda existem várias lacunas em relação à temática da sexualidade, tanto a nível profissional, como da população em geral, pois constata-se frequentemente a equiparação da sexualidade com o ato sexual, não se verificando grande informação acerca de toda a envolvência da sexualidade. A preocupação sobre a dimensão afetiva e sexual, para os profissionais de saúde e familiares que têm relação direta com pessoas com incapacidade, deve ser valorizada e constante ao longo do ciclo de vida.

Como é de conhecimento comum, as pessoas com deficiência/atraso mental, ou incapacidade intelectual como é designado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), apresentam várias condicionantes ao longo da vida: sociais, comunicacionais, motoras, entre outras. No entanto, são também detentoras de direitos humanos, que os protegem legalmente no desenvolvimento das suas aptidões mentais e físicas (DR, 2009), onde estão integrados os direitos sexuais e reprodutivos. Desta forma, não é possível descuidar estas áreas do quotidiano e vivências destas pessoas, pois a sexualidade é parte integrante das relações que estabelecemos individual e coletivamente.

Apesar de ser um tema atual, integrado nos cuidados de saúde primários, considera-se que existem lacunas tanto a nível de investigação como de envolvência das pessoas

com incapacidade nesta temática, identificadas no decorrer da atividade profissional e, também, na pesquisa realizada. Constatou-se, durante a pesquisa, que existem poucos estudos e, conseqüentemente, insuficientes publicações. Considera-se, assim, que é pertinente concretizar estudos de investigação na área específica. Só desta forma se consegue estar apto para intervir e formar profissionais especializados, sensíveis às diferentes características das pessoas com incapacidade, promovendo os seus direitos. Como futuros/as Enfermeiros/as Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), deveremos estar capacitados para identificar necessidades e preocupações, intervindo nas diferentes áreas e ao longo das diversas fases do ciclo de vida da mulher.

Ao verificar que a incapacidade atinge 15% da população compreendida entre os 15 e os 64 anos de idade, de acordo com o relatório do Observatório da Deficiência e Direitos Humanos (2017), torna-se imprescindível que existam profissionais de saúde empenhados nestas questões, de forma a empoderar as mulheres no que respeita aos seus direitos. Tendo como base fundamental a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, todas as pessoas possuem direitos e são livres de os gozar, sem exceção, incluindo as raparigas e as mulheres com deficiência. Por isso, o facto de uma pessoa ter alguma incapacidade, não poderá ser impedimento para a inclusão da dimensão da sexualidade, inerente ao ser humano. Nem a própria sociedade poderá ser uma barreira a uma plena vivência da sexualidade.

Assim, o estudo realizado no âmbito do estágio com relatório, teve como objetivo refletir sobre o conceito de sexualidade e incapacidade intelectual (ligeira e moderada) de forma a conhecer as vivências da sexualidade, em mulheres com incapacidade intelectual, tendo por base a perceção que apresentam sobre o tema. Desta forma, foram elaborados dois objetivos, aos quais se pretende dar resposta. São eles: conhecer a perceção da sexualidade de mulheres com incapacidade intelectual ligeira e mulheres com incapacidade intelectual moderada; e descrever as vivências da sexualidade, de mulheres com incapacidade intelectual ligeira e mulheres com incapacidade intelectual moderada. Ao aprofundar e fundamentar esta problemática, pretender-se-á responder à questão de investigação elaborada: “Quais são as perceções e as vivências da sexualidade de mulheres com diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira ou incapacidade intelectual moderada?”.

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, que integrou treze entrevistas efetuadas a mulheres com incapacidade intelectual. Tendo em conta que o estudo é de carácter

qualitativo foi efetuada a análise de conteúdo, de acordo com o modelo proposto por Bardin.

Como inicialmente exposto, este relatório final visa englobar a componente de estágio e a componente de investigação, por isso, estruturalmente encontra-se dividido em duas partes. Na parte I pretende-se dar a conhecer os locais e os contextos de estágio que integraram o percurso do curso de Mestrado, as atividades e aprendizagens realizadas, terminando com uma análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas e a forma como estas foram atingidas. Na parte II, reconhece-se que a existência humana é marcada pela vulnerabilidade e a diferença, sendo que a incapacidade intelectual se insere neste grupo ao qual estão atribuídas características específicas. Primeiramente, será realizado um enquadramento teórico e dada a conhecer a evolução dos conceitos e sua caracterização. Paralelamente serão também apresentadas as várias definições de sexualidade e realizar-se-á a ligação entre os dois conceitos estudados. Seguidamente será apresentado o desenho de estudo elaborado para este trabalho de investigação. No terceiro subcapítulo constará a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, tendo em vista os estudos que já existem nesta área. Finalizar-se-á com uma breve síntese conclusiva de todo o trabalho de investigação com foco nos resultados alcançados, na finalidade e nos contributos deste. O documento terminará com uma conclusão, seguida de todas as referências bibliográficas que lhe deram suporte.

PARTE I- COMPONENTE DE ESTÁGIO

1- AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Na continuidade de aprendizagens há que mobilizar e/ou recriar conhecimentos, fazendo uma adequação fidedigna de saberes à particularidade de cada situação, nas várias vertentes do cuidar.

A finalidade dos vários estágios centrou-se na intervenção junto da pessoa/família, respeitando a sua diversidade e desenvolvendo competências de modo a assumir a “promoção da saúde, a prevenção da doença e colaborar no tratamento, recuperação e reabilitação, no período pré-concepcional, gestacional e intergestacional” (ESENfC, 2019, p.3). Desta forma, objetivou-se a diferenciação de cuidados com a adequação de estratégias intervencionais, adaptadas a cada situação.

Segundo o Guia Orientador da componente de estágio (2019), para a realização com sucesso destes estágios e, ao mesmo tempo, para atingir as experiências mínimas de acordo com o ponto 5.1 do anexo II da Lei nº 25/2014, o estudante deve ter como objetivos orientadores da sua aprendizagem alguns pontos essenciais que farão parte das competências fundamentais a desenvolver, específicas do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida a família e comunidade, durante o período pós-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.
- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

E, também, dos domínios das competências comuns do/a Enfermeiro/a especialista:

- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Melhoria Contínua da Qualidade;
- Gestão dos cuidados;

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo desta primeira parte será realizada uma caracterização dos contextos de estágio que integraram o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim como as atividades desenvolvidas. Abordar-se-á a forma como foram desenvolvidas as competências específicas e comuns e as aprendizagens que contribuíram para esse fim. Terminará com uma abordagem reflexiva sobre o desenvolvimento das competências do/a Enfermeiro/a Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO

A componente de estágio deste curso foi dividida em duas grandes áreas: a componente de estágio na Comunidade e a componente de estágio na Maternidade.

No primeiro bloco foi realizado o estágio na Comunidade que envolveu diferentes unidades de cuidados de saúde primários e unidades de cuidados diferenciados, durante catorze semanas. Este permitiu o desenvolvimento das competências comuns dos/as Enfermeiros/as Especialistas bem como as específicas do/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, em duas unidades diferentes. Assim, foram realizadas onze semanas de estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fernando Namora, pertencente ao Centro de Saúde (CS) de Condeixa, e três semanas na Unidade de Intervenção Precoce (UIP) da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC- MBB).

O estágio foi concretizado em contexto de consultas, havendo a oportunidade de integrar projetos e realizar atividades que foram propostas. Embora tenham sido poucas horas distribuídas para a formação na unidade de cuidados diferenciados, foi uma experiência bastante importante, pois, durante esse período houve oportunidade para poder assistir, colaborar e guiar consultas em diferentes áreas (planeamento familiar, Interrupções Voluntárias da Gravidez [IVG], obstetrícia e ginecologia) que se revelaram pertinentes e enriquecedoras.

O segundo bloco de estágio foi realizado na Sala de Partos, Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) e Serviço de Urgência (SU) da Maternidade Bissaya Barreto, durante um período total de vinte semanas.

Foi um estágio partilhado com a mesma equipa, pertencente aos três serviços, o que se tornou benéfico para conseguir uma boa integração, desenvolver as competências esperadas e atingir os objetivos idealizados. Todas estas unidades de cuidados mantêm

uma relação de parceria entre si o que facilita a continuidade dos cuidados e a envolvimento da grávida/casal em todo o processo.

Em ambos os blocos de estágio foram vivenciadas experiências maravilhosas e houve a possibilidade de acompanhar a mulher/casal nos vários processos da sua vida. Houve sempre a necessidade de assimilar todos os aspetos relacionados com a integração (ao espaço e às dinâmicas dos serviços) e colocá-los em prática com a execução dos procedimentos específicos de cada serviço. Foi fundamental a consulta e a interiorização dos protocolos existentes, permitindo uma melhor orientação, uniformização e qualidade dos cuidados prestados.

Aproveitando as diversas oportunidades que surgiram em cada local de estágio, considera-se que todas se tornaram importantes para a aprendizagem. Tendo, também, reunido condições para integrar outras atividades realizadas pela equipa de trabalho e conseguida uma breve passagem nos serviços de Puerpério e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), da MBB.

Em todos eles foi alcançada, de forma gradual, uma boa integração na dinâmica do serviço e a aquisição de métodos de trabalho. A colaboração das equipas foi essencial para que a aprendizagem fosse benéfica, sendo todas as experiências muito positivas e agradáveis, o que permitiu que fossem desenvolvidas as competências esperadas no âmbito das diferentes áreas de atuação.

1.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo das semanas de estágio foram realizadas diversas atividades que permitiram adquirir ferramentas para atingir as diversas competências. Para cada bloco de estágio, foi elaborado um projeto de estágio, onde foram definidos os objetivos a atingir, indo de encontro às competências que se esperavam alcançar.

De seguida, será feita referência à forma como foram alcançados os objetivos planeados, à sua conceção e aos acontecimentos/aprendizagens que foram mais marcantes ao longo das semanas de estágio. De realçar que há competências comuns e específicas, desenvolvidas em ambos os estágios, e há competências referentes especificamente a cada um dos estágios. Assim, será apresentada uma abordagem geral das atividades desenvolvidas.

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

No que respeita às estratégias planeadas para desenvolver esta competência, o foco centrou-se nas consultas de enfermagem no âmbito do planeamento familiar, pré-concepcional e saúde da mulher.

Tanto a nível dos cuidados de saúde primários, no centro de saúde, como a nível dos cuidados de saúde diferenciados, nas consultas na maternidade, houve a oportunidade de desenvolver as unidades de competência inseridas nesta. Essencialmente pelas consultas de planeamento familiar realizadas no centro de saúde verificou-se o quão importante é o/a enfermeiro/a de família/enfermeiro de referência, uma vez que foi notória a relação estabelecida entre a enfermeira e família, de tal modo que as mulheres veem neste grupo profissional uma referência nos cuidados. O facto de se conhecer toda a história familiar, o percurso pessoal, os antecedentes e já ter sido criada uma relação de confiança e empatia, facilita bastante todo o processo de enfermagem, para assim dar a melhor continuidade aos cuidados, com foco principal em aspetos que podem estar mais comprometidos. É uma mais-valia para todo o processo de cuidar, mas essencialmente nesta consulta, pois é onde a mulher se sente à vontade para manifestar os seus desconfortos, esclarecer as suas dúvidas, confiar assuntos referentes à sua sexualidade e procurar as melhores soluções para manter a sua saúde em pleno.

É importante conseguir criar nestas consultas um ambiente agradável, dando às mulheres a informação que elas necessitam, realizando ensinamentos, esclarecendo dúvidas ou proporcionando momentos para que se sintam confortáveis para expor e partilhar conteúdos sobre temáticas importantes. Durante as consultas de planeamento familiar, conseguiu-se orientar e esclarecer para a tomada de decisão consciente no que respeita a escolha dos métodos contraceptivos. Especificamente, nas consultas de planeamento familiar, do serviço de consultas externas da MBB, proporcionou-se a possibilidade de colaborar no procedimento de colocação e remoção do implante subcutâneo.

No que respeita às consultas de pré-concepcional, foram escassas em ambas as unidades de cuidados, verificando a existência de uma fraca procura de cuidados nesta fase da vida da mulher/casal.

Uma boa relação terapêutica é um processo construtivo e muito valorizado. É necessário um bom planeamento das consultas para conseguir fazer a melhor gestão de tempo possível, dado que normalmente são consultas partilhadas com os médicos,

o que restringe o tempo de contacto com a mulher, exigindo, assim, uma maior capacidade de focar e dirigir de forma personalizada os ensinamentos necessários.

Como ponto negativo, é de realçar a impossibilidade em participar nas consultas de adolescentes, realizadas na MBB. Dado que existiu uma reestruturação do horário dessa consulta, passando a ser mensal, não foi possível coincidir a passagem pela maternidade com o tempo de ocorrência da mesma.

De forma a dar resposta à necessidade de manter as intervenções de rastreio e de diagnóstico da saúde da mulher, foi possível integrar o programa de registos de rastreios “SiiMA Rastreios”. Neste, consta a informação referente às utentes e possibilita a implementação do circuito funcional do rastreio, desde o convite para o exame até ao tratamento de dados e encaminhamento dos mesmos. O programa tem disponíveis os parâmetros necessários para identificar a população-alvo abrangida, permitindo que haja uma simplificação do processo de convocatória e de envio de resultados para os especialistas da área. Este período de estágio permitiu, também, acompanhar e integrar as alterações que ocorreram no procedimento utilizado para rastreio do cancro do colo do útero. Neste contexto, o método convencional passou para uma pesquisa mais alargada, onde o principal objetivo é a pesquisa do Papilomavírus Humano (HPV). Desta forma, a colheita de amostras alterou para meio líquido e a periodicidade deste exame passou a quinquenal. Poder adquirir estes conhecimentos, perceber a facilidade e a rapidez com que são encaminhadas as situações, possibilitou dar à mulher a melhor informação sobre o rastreio, de forma a promover uma escolha informada e consentida. Durante o período de estágio a nível dos cuidados de saúde primários, houve uma semana com enfoque na realização destas consultas/rastreios, tendo sido previamente elaborada uma lista, para posterior convocatória, onde se incluíram as mulheres com critérios para a realização. Notou-se a adesão das mesmas a este contacto e, no âmbito das consultas de planeamento familiar onde se inclui este procedimento, foi possível executar autonomamente este rastreio. Foi uma oportunidade importante para esta fase de aprendizagem, permitindo colocar em prática as competências previamente adquiridas.

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O período do pré-natal é uma área de bastante interesse. O contato com as consultas de vigilância da gravidez, assim como com as respetivas grávidas/casais ou até mesmo alguns familiares acompanhantes, foi relevante para o aperfeiçoamento dos cuidados

prestados e planeamento das intervenções desenvolvidas, de forma a potenciar a saúde de ambos e promover o bem-estar materno e fetal.

Com todas as utentes, procurou-se estabelecer uma relação de confiança e entreajuda, negociando sempre que possível os momentos mais oportunos para a realização das consultas/procedimentos de enfermagem, tendo em conta a vontade das senhoras e as prioridades adequadas a cada dia de trabalho, de forma a promover uma base favorável à prestação de cuidados.

A utilização da observação e diálogo com as utentes e/ou com o acompanhante, possibilitou compreender a envolvimento da mulher/casal no seu processo de gravidez, reforçar a importância da promoção de saúde, promover a decisão esclarecida e potencializar uma gravidez saudável, alertando para as vantagens do envolvimento e apoio familiar. Todos os ensinamentos foram de encontro aos diagnósticos apresentados e atendendo à individualidade de cada situação. Procurou-se, ao longo da prática clínica, incentivar a grávida para explorar as suas capacidades, de acordo com os seus limites, os seus direitos e as suas vontades, integrando-a no seu processo gravídico. Reconhecer e respeitar o direito e opinião das grávidas/casais e das suas famílias na tomada de decisão de tudo o que este período envolve é um dever, mesmo que essas possam de alguma forma ir contra as crenças e valores dos profissionais. Foi uma posição tomada, de forma a agir sem interferência de juízos ou crenças. Considera-se bastante importante como EESMO contribuir para a obtenção de estilos de vida saudáveis, dar a conhecer os recursos disponíveis para uma boa manutenção da gravidez, de forma a cultivar a parentalidade responsável, e envolver/elucidar a grávida/casal para as questões relacionadas com a sexualidade e redes de apoio.

As consultas realizadas na maternidade, na Unidade de Intervenção Precoce, foram sem dúvida um grande contributo para desenvolver as competências principais e para obter as experiências mínimas necessárias, da forma mais fundamentada e com o melhor conhecimento.

Em cada consulta foi feita uma avaliação específica, com o intuito de perceber como decorreu o período que procedeu à consulta anterior (ou o período inicial da gravidez), validar os conhecimentos, realizar novos ensinamentos e incentivar/elogiar comportamentos adotados, assim como corrigir aqueles que ainda se encontram, de certo modo, fora do contexto vivido.

Uma das atividades fundamentais promovidas pela UIP são as reuniões da equipa técnica. Com a possibilidade de as integrar, esta experiência permitiu perceber a constituição da equipa multidisciplinar que contribui para o bom funcionamento do

serviço. Foi enriquecedor ter a oportunidade de estar presente, para assim perceber os métodos de trabalho utilizados e a forma como cada área profissional intervém, dando o melhor encaminhamento e respostas adequadas a cada situação, que envolve tanto as consultas de obstetrícia como de pediatria. Foi igualmente interessante perceber como cada profissional pode contribuir para fazer uma história completa e adequada de cada novo caso que é encaminhado para estas consultas.

O conhecimento das várias histórias que desencadearam o aparecimento de uma gravidez, permitiram momentos de reflexão sobre a sociedade em que vivemos. Muitas vezes pensa-se que a informação circula de forma rápida e existem muitos meios de acesso à mesma mas, no entanto, perante estas realidades, conclui-se que ainda existem algumas mudanças a fazer para melhorar todo este processo de aquisição de conhecimentos.

Foi neste estágio (UIP) que houve a possibilidade de monitorizar o bem-estar materno e fetal através dos registos cardiotocográficos (RCT). Foram muitas as oportunidades de colocação e análise do registo, o que permitiu estar desperta para algumas situações que nunca tinham sido verificadas fora do contexto de aulas. Estes momentos foram aproveitados para realizar a avaliação da altura do fundo uterino, as manobras de Leopold que lhe estão subjacentes e a Auscultação Cardíaca Fetal (ACF).

Ainda no contexto da maternidade, verificou-se que ocorriam em simultâneo duas consultas no mesmo espaço físico. A disposição do espaço foi algo que despertou atenção, tendo havido possibilidade para refletir com a tutora, uma vez que não é proporcionado um ambiente à utente que lhe assegure a privacidade. Como muitas das situações são casos sociais, existe uma maior necessidade de oferecer um ambiente promotor de confiança, de forma que as utentes se sintam à vontade para verbalizar tudo o que para si é fundamental e que lhes seja dado um bom acompanhamento. Como é algo intrínseco à profissão, e indo de encontro ao que refere o artigo 86º, do Código Deontológico, existe o dever de “salvaguardar sempre (...) a privacidade e a intimidade da pessoa”. Assim, apelou-se para a necessidade de repensar na dinâmica das consultas, no sentido de gerir o ambiente para contribuir para o bem-estar e promoção dos direitos das utentes e deveres da profissão.

Também, durante as semanas de estágio na UIP, houve a oportunidade de assistir e participar com a enfermeira tutora nas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez. Foi uma realidade nova, no que se refere ao processo envolvente. Foi crucial perceber previamente toda a dinâmica e as particularidades desta consulta, valorizando o facto de existirem procedimentos sustentados legalmente que permitem que a mulher tenha

tempo de refletir e possa usufruir de cuidados de profissionais especializados. Considera-se determinante o papel da enfermagem especializada em Saúde Materna e Obstétrica para dar à utente as condições, as informações e as orientações necessárias para proceder à IVG, para planear e implementar intervenções que potencializem a saúde da mulher. Um aspeto muito importante a valorizar é a fase pós abortamento, sendo que é necessário consciencializar a mulher para a melhor forma de evitar novas gravidezes, oferecer o melhor e mais adequado método contraceutivo e/ou explicar as variedades de possibilidades para que não ocorram futuras gravidezes não planeadas/desejadas. A população-alvo das consultas assistidas foram essencialmente mulheres do grupo etário entre os 20-35 anos, o que levou a refletir sobre a informação que chega a estas mulheres jovens, que grau de literacia possuem e de que forma é que este influencia as suas decisões, ou o interesse em estarem informadas sobre a contraceção, os riscos e a qualidade de vida. Desta forma, foi importante participar e perceber a dinâmica envolvente destas consultas, sabendo que o/a EESMO é um elemento chave para que estes procedimentos aconteçam ao abrigo da lei e nas melhores condições possíveis, tendo em conta todas as opções existentes e as escolhas das mulheres.

Através da aplicação do processo de enfermagem, de forma contínua e melhorada, conseguiu-se um desenvolvimento de competências de acordo com a especificidade de cada consulta e de cada situação em particular. Desta forma, verificou-se o aumento e consolidação do conhecimento, que com o decorrer do tempo se fez notar, pois houve melhoria das respostas às solicitações e dúvidas colocadas pelos casais/grávidas.

No período de estágio em cuidados de saúde primários e, de forma a tornar as consultas de vigilância da gravidez mais interativas e produtivas, foi elaborado com a colega de grupo de estágio um documento escrito, em forma de bloco, alusivo ao desenvolvimento fetal (intitulado de “Desenvolvimento e competências fetais”) e uma maquete, de forma a transmitir aos pais uma ideia real do desenvolvimento do seu bebé. Estes foram criados pela pertinência de despertar os pais para as várias competências que o feto vai adquirindo ao longo da sua formação, para a forma como esta evolução acontece e para as diferentes maneiras de interação com ele.

Outro aspeto bastante importante, referente a esta área, foi a possibilidade participar no curso de preparação para o parto e parentalidade promovido por um EESMO, em Condeixa. Dada a sua recetibilidade, foi possível dinamizar uma sessão completa sobre o tema “Prevenção de acidentes em Crianças” e participar ativamente nas restantes sessões. De forma a conseguir passar a mensagem pretendida foi elaborada uma

apresentação Power Point e dinamizada a sessão recorrendo a exemplos práticos e demonstrações. A apreciação final revelou-se positiva, para a aprendizagem como futura EESMO. Para enriquecer esta participação no curso de preparação para o parto e parentalidade, novamente em grupo, integrámos duas sessões práticas na piscina que considerámos muito importantes para consolidar a vertente teórica no que respeita aos exercícios de relaxamento. Foi sempre transmitida toda a informação e explicado o intuito da realização de cada exercício. Todos estes foram momentos de partilha e de aprendizagem de temáticas, algumas não abordadas em contexto teórico (como exemplo: a massagem perineal e a utilização do pano de traçar).

Notou-se uma grande procura e interesse por parte das participantes, assim como um envolvimento marcante do pai em todas as sessões. É importante verificar que há cada vez mais disponibilidade e necessidade de informação por parte da figura paterna em todo o processo gravídico, para prestar a melhor assistência aos seus filhos após o nascimento. Para o/a EESMO, é uma tarefa complexa mas com resultados gratificantes, transmitir informações e dar a perceber como é que os vários atos/procedimentos podem fazer a diferença no momento do parto e no período pós-parto. Outro ponto a salientar é a proximidade da relação estabelecida com as grávidas/casais do curso, o que foi favorecedor para criar uma relação de empatia nas consultas que existiram posteriormente, em contexto de acompanhamento ao nível do centro de saúde e até mesmo na maternidade.

A recetividade por parte dos/das participantes do curso também se fez notar quando foi oferecido às grávidas/casais um momento para ouvir os batimentos cardíacos fetais. Verificou-se uma grande adesão e este momento, que para além de permitir realizar as manobras de Leopold e a avaliação da altura do fundo uterino, foi um espaço de esclarecimento de dúvidas e ensinamentos às várias mulheres com idades gestacionais diferentes.

Durante o curso de preparação para o parto e parentalidade foi dado a conhecer o plano de parto, assim como a melhor forma de o executar, tendo em vista as vertentes que podem ser abrangidas. As mulheres/casais foram incentivadas à sua realização e à apresentação aos profissionais de saúde responsáveis. Durante o estágio, manteve-se a conduta de abordar esta temática, dando toda a informação necessária de acordo com as necessidades de cada grávida/casal, elucidando-os para a existência do mesmo e para a sua elaboração, pois foi notório que o plano de parto era pouco abordado em contexto de consultas.

Na componente de estágio do segundo ano, realizada na UMMF, foi possível conhecer a organização e o funcionamento desta unidade, através da consulta de protocolos de procedimentos e dos processos clínicos e concomitantemente interiorizando todos os ensinamentos e as melhores práticas de cada enfermeiro/a. As grávidas admitidas nesta unidade são encaminhadas do serviço de urgência, vindas do exterior ou da consulta externa. Promover o acolhimento e facilitar a adaptação da grávida ao internamento, independentemente da situação clínica (indução, pré-parto ou patologia), é o primeiro passo deste longo caminho, que foi sempre concretizado de forma personalizada, permitindo criar uma relação empática, deixando a grávida e o seu acompanhante seguros e confortáveis. Todas as grávidas e os seus companheiros demonstraram receptividade para os ensinamentos realizados e necessidade de questionar e validar alguns conhecimentos pré-adquiridos. Neste âmbito, a atuação do/a EESMO é fulcral para promover o apoio, transmitir segurança e ser elo de referência para a grávida/família. Todo este sucesso se alcançará com a realização da entrevista inicial, identificando problemas pré-existentes ou concomitantes com a gravidez, passando pela planificação dos cuidados, em função das necessidades identificadas, e avaliação das intervenções. Outro aspeto a realçar é o respeito pela individualidade do outro e a valorização das suas perceções, nomeadamente no que respeita à dor. Em nenhum momento do estágio a dor referida pela grávida foi desvalorizada, houve sempre a possibilidade de promover as mais diversas estratégias para o seu alívio, sendo a grávida livre para realizar as suas escolhas.

Durante este estágio houve a possibilidade de realizar cuidados pré-operatórios de grávidas que iriam ser submetidas a cesarianas. Na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida em início de trabalho de parto (TP) foi possível colaborar nas várias induções. Aproveitou-se sempre estes momentos, em que por norma as senhoras ainda se encontravam calmas e receptivas para receber informação, para realizar ensinamentos e dar à grávida todo o suporte de ajuda necessário para esclarecer dúvidas ou receios.

Não só as grávidas que se encontram em indução ou no período pré-parto foram alvo de cuidados. A UMMF recebe grávidas com patologia associada, que necessitam de internamento para prestação de cuidados e vigilância, durante um período da gravidez. Com estas grávidas foi possível, também, vigiar, avaliar e promover o bem-estar materno e fetal, desenvolver competências na avaliação do índice de Bishop, promover o bem-estar da grávida aquando do início do TP e integrar os procedimentos da alta

para o domicílio. Todos os cuidados prestados foram realizados de forma segura, não só pela observação previamente efetuada como pela integração realizada.

Ser EESMO neste contexto requer competências especializadas para avaliar e intervir nas mais variadas situações. Ter a oportunidade de colaborar e realizar os mais diversos procedimentos, desde uma ACF, à colocação de RCT, à avaliação do teste rápido de urina ou até mesmo nos ensinamentos sobre estratégias de mobilização articular no leito em grávidas impedidas de fazer levantar, é de extrema importância. Desta forma, e uma vez que são os/as enfermeiros/as especialistas que partilham toda a experiência de internamento com as mulheres grávidas, é de todo importante o apoio e a relação que se consegue estabelecer para conseguir promover a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, com a finalidade de alcançar e restabelecer o bem-estar físico e psicológico da mulher, respeitando os seus direitos e privacidade.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem e diversas as situações em que surgiram, não só na UMMF mas também no Serviço de Urgência. Neste último local de estágio foi possível integrar o método da triagem de Manchester, que se encontrava no início da sua implementação. As variadas oportunidades de aprendizagem permitiram melhorar e aperfeiçoar o desempenho e foram diversas as situações vivenciadas que facilitaram o desenvolvimento de competências. Apesar do espaço físico da unidade não ser promotor da privacidade das utentes e o tempo ser bastante escasso para personalizar os cuidados, foi notório o esforço dos colegas para colmatar estes aspetos e conseguir dar a cada mulher a melhor assistência. Criaram-se oportunidades para desenvolver estratégias de forma a facilitar a comunicação para conseguir uma adequada colaboração das grávidas e obter uma clara descrição do motivo da sua visita, utilizando sempre linguagem clara e perceptível à grávida/casal.

A possibilidade de passar por vários contextos de estágio permitiu um maior acompanhamento à díade/tríade nas várias fases da gravidez, promovendo assim a continuidade de cuidados. Este foi um marco importante para perceber como é que o/a EESMO é fundamental para a preparação da grávida/casal para as várias etapas (pré-parto, parto e pós-parto).

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Como ponto de partida para o desenvolvimento desta competência houve necessariamente, numa fase inicial, uma integração ao contexto de estágio, na sala de partos da MBB. O envolvimento na dinâmica da sala de partos foi gradual e bastante

positivo, pois houve a capacidade de integrar o processo de enfermagem, atendendo à individualidade de cada utente.

A gravidez e o parto são eventos marcantes da vida de uma mulher/casal e suas famílias. Representam para além de eventos biológicos, uma união de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos dos quais podem resultar sentimentos de ambiguidade. Perante estes, enquanto profissionais de saúde e futuros enfermeiros/as especialistas, é necessário intervir e construir uma sólida relação terapêutica.

Todo o período que envolve o trabalho de parto é uma área de bastante interesse. O contato com as grávidas/casais ou até mesmo com alguns familiares acompanhantes foi importante para o aperfeiçoamento dos cuidados prestados e para o planeamento das intervenções desenvolvidas, de forma a potenciar a saúde de ambos e promover o bem-estar materno e fetal. Isto porque, apesar do foco maior de atenção ser a grávida e o seu bebé, é importante envolver os conviventes nesse momento e, com isso, oferecer os melhores cuidados tendo em conta as características individuais.

Foram variadas as situações e histórias presenciadas. Diferentes situações de vida, significados diferentes atribuídos ao trabalho de parto e várias formas de envolvimento familiar, que se revelaram lições de vida e de aprendizagem. Foi através da evolução feita e da partilha com as enfermeiras tutoras e outros membros da equipa que, aos poucos, se conseguiu o aperfeiçoamento das competências, de modo a dar resposta a esta diversidade de situações.

Após o acolhimento à parturiente na sala de partos foi realizada uma avaliação inicial, com o intuito de perceber como decorreu o período pré-natal, validar os conhecimentos, realizar novos ensinamentos, incentivar/elogiando comportamentos adotados e adequados a cada situação em concreto. Esta avaliação, muitas vezes, só era possível após a implementação de técnicas farmacológicas para o alívio da dor, pois só assim as senhoras se encontravam, de certa forma, mais colaborantes. A dor nesta fase pode estar associada às contrações uterinas e à dilatação do colo uterino e cada vez mais existe uma procura de medidas farmacológicas (analgesia) para dar resposta a estas alterações. Foram poucos os casos em que a mulher não foi submetida a analgesia epidural, umas por opção, outras por se apresentarem já em período expulsivo e não haver condições para a sua realização. Em todas elas, a utilização de estratégias não farmacológicas, essencialmente as técnicas respiratórias, a concentração, a distração e os posicionamentos, foram técnicas possíveis de pôr em prática nos diferentes momentos do trabalho de parto. Existiu sempre uma avaliação contínua e regular da intensidade da dor e por isso, muitas vezes, foram alteradas as estratégias inicialmente

adotadas, pois a dor varia de pessoa para pessoa, dependendo das suas percepções, vivências, cultura (entre outras), não podendo ser desvalorizada em momento nenhum. Idealmente seria bastante interessante alterar as condições físicas e reestruturar as salas, para se criar espaços harmoniosos, com material adequado e técnicas que permitissem à mulher, depois de ir para a sala de partos, não estar restrita ao leito, pela condição imposta derivada da técnica da epidural.

Com todas as utentes, procurou-se estabelecer uma relação de confiança e entreaajuda, negociando sempre os cuidados e os procedimentos que eram necessários desenvolver, tendo em conta a vontade das senhoras e as prioridades, de forma a promover uma base favorável à prestação de cuidados. A utilização da observação e diálogo com as utentes e/ou com o acompanhante, permitiu perceber a envolvimento da mulher/casal no seu processo de gravidez, reforçar a importância da promoção de saúde, promover a decisão esclarecida e empoderá-los para o futuro próximo (realçando as suas competências, deveres, dando dicas para a reorganização das tarefas familiares e fazendo referência às várias redes de apoio). Todos os ensinamentos foram de encontro à individualidade de cada situação e realizados de forma intencional, para que a grávida explorasse as suas potencialidades.

Também nesta fase, foi respeitado o direito e opinião das grávidas/casais e das suas famílias na tomada de decisão. De acordo com o artigo 12º da Lei nº15/2014, é um direito da grávida ter consigo um acompanhante de referência, escolhido por si, durante todas as fases do trabalho de parto. Dessa forma, foi sempre incentivada a presença dessa pessoa e respeitada a escolha realizada. Foi muito interessante verificar que existe, em grande parte dos casos, bastante envolvimento e preocupação por parte da figura paterna, perante os cuidados e o bem-estar da sua companheira. É importante o papel que o/a EESMO pode desempenhar em cada situação e a referência que deve ser para cada grávida/casal.

Ainda no que se refere a este local de estágio, verificou-se uma enorme lacuna em relação às grávidas que entram para uma cesariana e aos/às seus/suas acompanhantes. A estrutura física do bloco de partos não possibilita a presença do pai/accompanhante mas, uma vez que é um direito da mulher “expressar a sua autorização ou recusa (...) para que o pai, ou outra pessoa significativa (...), a seguir designada como <acompanhante>, esteja presente” (DR, 2016) foi exposta a sugestão para investir um pouco mais no acolhimento destes acompanhantes para que o contacto com eles não fosse apenas no momento de apresentação do recém-nascido (RN). Não foi possível desenvolver autonomia perante esta situação, mas houve empenho para

envolver o pai/acompanhante no primeiro contacto com o recém-nascido, informando-o em relação ao estado da parturiente e ao sucesso da cesariana.

A capacidade de estabelecer uma relação de confiança e empatia é uma mais-valia para todo o processo de cuidar, mas essencialmente durante o trabalho de parto. Segundo Machado (2005), o trabalho de parto é caracterizado por um conjunto de fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão, que por sua vez se denominam de dilatação, período expulsivo e dequitação. Enquanto EESMO, é essencial conseguir marcar a diferença, deixando a mulher/casal à vontade para manifestar os seus desconfortos e esclarecer as suas dúvidas, relativas ao TP.

Deste modo, são importantes todos os momentos de contato com as mulheres, desde o acolhimento, até ao momento em que são transferidas para a unidade do puerpério. Houve empenho para conseguir criar um ambiente agradável, dando às mulheres a informação que elas necessitavam, realizando ensinamentos e esclarecendo dúvidas, para que se sentissem mais à vontade para partilhar de forma aberta aquele momento. A construção de uma relação terapêutica é um processo gradual e, dado que o tempo de permanência na sala de partos é reduzido, é importante que exista capacidade de organização, para que o foco seja dirigido de forma personalizada aos ensinamentos necessários, às mensagens a transmitir e aos conhecimentos a validar.

A vigilância do bem-estar materno e fetal é garantida através de intervenções autónomas e interdependentes dos/as enfermeiros/as especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Esta vigilância inicia-se com as manobras de Leopold, seguidas da colocação do registo cardiotocográfico. Apesar de já ter sido realizada várias vezes a monitorização do bem-estar materno e fetal através dos RCT's, foi sem dúvida neste estágio que foram desenvolvidas competências nesta área, através das várias oportunidades de colocação e avaliação do registo. Também foi possível observar, em algumas situações, a colocação do eletrodo para a monitorização interna e perceber o quão este é importante para que se possa ter qualidade no registo que se obtém.

A avaliação do bem-estar materno e fetal, assim como da evolução do trabalho de parto, através do toque vaginal, foi algo possível de aperfeiçoar ao longo do estágio. Esta técnica exige exposição física das parturientes, pelo que existiu uma grande preocupação de todos os profissionais em minimizar esta exposição. Em cada situação, houve sempre o cuidado de pedir antecipadamente autorização para proceder à observação. Saber caracterizar o colo foi uma conquista, assim como perceber a variedade do feto. Nos momentos de dúvida, procurou-se sempre esclarecimentos com

o enfermeiro/a responsável. A ajuda de alguns colegas que se dispuseram a ensinar estratégias para conseguir fazer uma adequada avaliação, foram fundamentais para a evolução positiva destas avaliações.

O estabelecimento do plano de cuidados para a grávida, através dos resultados obtidos pelo RCT, com as observações retiradas do partograma e a avaliação do estado da grávida, foi uma competência aperfeiçoada. Todos estes aspetos são cruciais para a decisão dos melhores cuidados a prestar e manteve-se sempre a conduta de questionar e discutir cada intervenção. Também os registos foram sempre realizados de forma concisa, tentando que fossem o mais corretos e precisos possíveis. Apesar de não ter acesso aos registos informatizados, foram aproveitados alguns momentos para perceber o funcionamento do sistema informático, acompanhando as tutoras aquando dos registos e contribuindo com a colheita de dados essencial.

Para realizar a vigilância do trabalho de parto, em todo o período da dilatação, é necessário conseguir promover uma correta dinâmica uterina. Assim, uma das estratégias adotadas é a administração de ocitocina, associada a um controlo maior do RCT, tanto pela influência que esta exerce na dinâmica do feto, como na contratilidade. Outro aspeto importante é a integridade da bolsa amniótica, pela sua função mecânica na dilatação, sendo que, por vezes, pode ser um impedimento da progressão do TP. Nesses casos é correto proceder-se à amniotomia, para acelerar o trabalho de parto, procedimento esse executado tendo sempre presente os riscos e cuidados que se devem assegurar. Associado a este procedimento, houve uma ocorrência de prolapso do cordão, que foi presenciado, aquando da observação médica. Essa emergência obstétrica, apesar de ter sido um momento de grande *stress* na sala de partos, terminou de forma positiva, devido à organização que se observou e a toda a coordenação da equipa, em prol de um desfecho favorável.

Após a dilatação estar completa, é necessário todo o empenho e colaboração da grávida. Para isso, é essencial que elas estejam conscientes da importância que é a sua intervenção. Nesta fase, constatou-se que houve um número elevado de grávidas que, por terem frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade, se mostravam à vontade para pôr em prática as técnicas aprendidas. Outras, simplesmente nunca tinham ouvido falar dos esforços expulsivos ou até mesmo dos posicionamentos adotados neste período. No entanto, independentemente da situação, foi muito gratificante estar presente e oferecer toda a ajuda possível. A relação terapêutica, que se estabelece desde o primeiro contacto, é fundamental para que as senhoras confiem nos profissionais que as acompanham e sejam também capazes de acreditar nas suas

capacidades. Houve investimento para melhorar os ensinamentos, tanto ao nível dos posicionamentos, como da respiração e, também, no envolvimento do/a acompanhante neste período.

De seguida, chega o período mais ansiado, que é um dos grandes focos deste estágio, o momento do parto. Durante o período expulsivo é necessário realizar o toque vaginal, com o intuito de confirmar a variedade e progressão da apresentação. Foram sentidas algumas dificuldades em ultrapassar este objetivo, pois é uma das situações que, apesar de se possuir toda a fundamentação teórica, não é fácil transpor para a prática clínica. Assim como esta competência, toda a destreza que se consegue ter na realização do parto e na aplicação das técnicas corretas, só é alcançada praticando e tendo o apoio e a experiência de quem é perito na área. Houve a oportunidade de vivenciar momentos de parto que ocorreram sob bastante tensão e outros onde todo este processo desenrolou-se de forma tão natural, que praticamente era apenas necessário manter uma atitude expectante e de confiança na atuação da mulher. Após a expulsão, houve possibilidade de realizar colheitas de sangue do cordão, tanto para as células estaminais como para gasometrias e grupo de sangue.

O período da dequitação é, também, um momento que requer observação, atenção e intervenção por parte do/a EESMO. Durante o estágio, maioritariamente os descolamentos observados ocorreram pela face fetal (Schultz), sendo, posteriormente realizado o exame da placenta (cotilédones, inserção do cordão, integridade das membranas, forma) para garantir que todas as estruturas estavam completas. Por duas vezes surgiram placentas com inserção velamentosa do cordão, que foram possíveis de perceber logo no início da dequitação.

Outro grande desafio foi a avaliação da elasticidade do períneo para ponderar a realização da episiotomia, com posterior episiorrafia. As práticas laboratoriais são bastante importantes para adquirir os conhecimentos teóricos e alguma prática no manuseamento do material de sutura mas, mais uma vez, só com bastante treino, muitos conselhos e observação é que se consegue. Para além dos conhecimentos que são necessários é de realçar os ensinamentos à mulher, enquanto era realizada a episiorrafia, para que esta conseguisse perceber qual o material que estava a ser utilizado, as características da sua sutura e a importância dos cuidados no pós-parto.

Por fim, a verificação da formação do globo de segurança de Pinard é um dos procedimentos fundamentais para prevenir hemorragias, favorecendo a hemóstase natural. Assim, inicia-se o puerpério imediato, que exige a avaliação das perdas sanguíneas, a realização dos cuidados de higiene e conforto e uma avaliação do estado

físico e psicológico da puérpera. Durante o período do parto e pós-parto imediato, procurou-se enaltecer a presença do/a acompanhante, orientando-o/a para o seu papel naquele momento e, quando se proporcionava, referenciando o papel parental após a alta.

Foram vivenciadas várias situações associadas a algumas patologias, umas relacionadas com a gravidez e outras pré-existentes. As patologias mais frequentes foram: diabetes gestacional; hipertensão; infecção por HPV; hepatite C; e complicações psiquiátricas. Cada uma e de forma particular foram alvo dos melhores cuidados de enfermagem. A existência de protocolos de procedimentos relativos às várias patologias permitiram resolver variadas situações e atuar de forma correta e uniformizada, mas, ainda assim, só com prática e experiência foi possível responder bem e de forma adequada a estas situações especiais e diferentes do que é considerado um processo “normal” de gravidez e parto.

No que se refere ao plano de partos e sua importância, durante o estágio de sala de partos, apenas houve contacto com um casal que o tinha elaborado. Toda a equipa estava a par da informação do plano estabelecido pelo casal e em nenhum momento foi quebrado o que era requerido, havendo apenas a necessidade de negociar certos aspetos. Apesar de já existir algum incentivo à sua realização, notou-se que ainda não é uma prática recorrente, o que às vezes leva a questionar se as mulheres estão devidamente informadas acerca dos direitos que as assistem. Assim, o/a EESMO tem como responsabilidade apoiar a mulher/casal para que obtenham a melhor informação no que se refere ao plano de parto.

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Este é um período bastante aguardado para a maioria dos casais grávidos, uma vez que traz alterações e reestruturações na dinâmica familiar e pessoal de cada indivíduo envolvido, sendo de extrema importância adequar e fornecer os melhores cuidados à nova díade/tríade. É de salientar também a importância do/a EESMO, visto que há um conjunto de intervenções que poderão ser facilitadoras deste processo e que fazem parte das suas competências específicas. Considera-se o puerpério como um processo biológico, influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, económicos e sociais sendo que muitos deles fazem parte do processo natural de cada indivíduo. Desta forma há situações que podem e devem ser trabalhadas, em parceria com as famílias, logo no pós-parto imediato, para que possam iniciar esta fase com o maior conforto possível e para vivê-la em pleno. Este momento não envolve só a mãe mas também o pai, que irá

assumir um novo papel para o qual deve receber as melhores indicações e os melhores cuidados, de forma a que se promova a parentalidade responsável.

Após o nascimento dá-se início ao período do pós-parto. O contato com este período restringiu-se a um máximo de duas horas, tempo em que a puérpera e o recém-nascido permaneciam na sala de partos, o que limitou a abrangência desta competência. Neste sentido é necessário fazer os possíveis para envolver não só a mãe, mas também o pai ou outra pessoa de referência neste início de uma nova fase. Também o recém-nascido é alvo de intervenções e deve, por isso, receber os melhores e mais adequados cuidados.

Logo desde o início, houve a possibilidade de colaborar e realizar os cuidados imediatos ao recém-nascido. Desde a adaptação ao meio extrauterino até ao último momento antes da transferência para a unidade de puerpério, com todos os procedimentos que este período exige, como as manobras de expressão para desobstrução das vias aéreas superiores, promoção de ambiente aquecido, secagem, aspiração de secreções, clampagem do cordão, peso, identificação, administração de vitamina K, vestir e avaliação do Índice de Apgar.

Como é prática da maternidade a realização do contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, tentou-se sempre perceber, antes do parto, se era intenção da mãe realizá-lo. Foi notória a tranquilidade que este ato proporciona ao recém-nascido e mãe e os benefícios térmicos que proporciona ao recém-nascido. Apesar deste procedimento se realizar apenas quando se verificam condições estáveis e tranquilizadoras para o bebé, manteve-se sempre vigilância.

Sendo a maternidade um “Hospital amigo dos bebés”, é preconizado que o recém-nascido seja colocado a mamar na primeira meia hora de vida. No entanto, por condições associadas à mãe ou ao RN, nem sempre foi possível cumprir essa primeira meia hora. Mas, quando desejado o RN era colocado à mama logo após terminarem os cuidados à puérpera ou assim que houvesse condições para ambos. Com todas as senhoras verificou-se intenção de amamentar e reconhecimento das vantagens do aleitamento materno. Algumas demonstraram conhecimentos e facilidade de execução prática, com outras foi necessário ensinar e treinar técnicas para amamentação.

Um dos serviços que houve oportunidade de conhecer, sem ter realizado estágio nesse contexto, foi a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Sendo também este um local onde as competências do/a EESMO podem ser importantes. Considera-se que a ausência deste local de estágio deixou uma lacuna no conhecimento e prática. No entanto, houve a possibilidade de ir um período à UCIN da MBB, onde existiu a

oportunidade de ver os protocolos e de adquirir algumas informações sobre as práticas. Mas esse tempo revelou-se restrito para conseguir perceber a dinâmica e os cuidados aí executados.

Relativamente aos cuidados de enfermagem à puérpera, foram realizados cuidados de conforto e bem-estar, monitorização dos parâmetros vitais, avaliação o globo de segurança de Pinard, vigilância das perdas hemáticas e avaliação da sua saúde mental.

Houve situações que marcaram pelos desfechos que tiveram, exemplo disso foi uma interrupção médica da gravidez (IMG) por teratoma às 24 semanas de gestação e uma morte fetal às 34 semanas. Foram situações delicadas, para as quais é necessário ter uma postura adequada perante o momento que se vive e perante as pessoas que se apresentam à nossa frente a vivenciar o processo de luto. Mais uma vez, indo de encontro ao dever de salvaguardar a privacidade e a intimidade, e por serem situações delicadas, foi importante perceber e acompanhar os procedimentos sem interferir demasiado na privacidade de cada situação.

Na verdade, há momentos como estes que são marcantes pelo desfecho negativo que têm, mas muitos foram os que marcaram de forma positiva. Nem sempre é possível fazer tudo como esperado, mas é importante dar o melhor, tendo em conta o contexto de atuação. Há momentos menos positivos e outros marcados por um “obrigada de coração”. São todos estes marcos que permitem o crescimento pessoal e profissional e que dão vontade de seguir em frente e fazer sempre mais e melhor, em prol de quem necessita dos cuidados.

Outro serviço que foi pertinente conhecer, por não ser realizado estágio nesse local, foi o serviço de puerpério. Desta forma, ao longo das semanas em contexto de sala de partos houve iniciativa para visitar as senhoras que estiveram na sala de partos, com o intuito de perceber se tanto elas como os seus bebés estavam a adaptar-se à sua nova realidade e na disposição de oferecer momentos de partilha e apoio. Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e puérpera são de extrema importância, pois esta é, mais uma vez, uma fase em que o/a EESMO pode marcar a diferença nos cuidados prestados, através da realização ensinios e treinos de competências, esclarecendo dúvidas e desmistificando crenças que possam ser causadores de *stress* e ansiedade.

No entanto, no final do estágio, foi conseguida a oportunidade de passar dois turnos no serviço de Puerpério da MBB. Embora o tempo tenha sido reduzido foi fundamental para dar continuidade aos cuidados do pós-parto já iniciados na sala de partos, promover o acolhimento da puérpera e recém-nascido, facilitando a sua adaptação à unidade, e investir na preparação para a alta. Este período é importante e essencial para a

intervenção do/a EESMO, pois é neste que surgem dúvidas, medos e questões perante as quais o/a EESMO é imprescindível. Todo este período de transição é experienciado por cada mulher/casal de forma particular e por isso torna-se importante oferecer as melhores respostas às diferentes solicitações, empoderar a mulher/casal na tomada de decisão e preparar esta nova família para uma nova fase, após a alta.

Para dar continuidade ao processo de acompanhamento após a alta, as consultas de enfermagem de vigilância do RN e puérpera revelaram-se, também, de extrema importância para a continuidade dos cuidados, para a construção de uma relação terapêutica ao longo das consultas, personalizando os cuidados e aperfeiçoando as intervenções.

Tanto nos cuidados de saúde primários (no CS) como nos cuidados de saúde diferenciados (na maternidade), no decorrer do primeiro bloco de estágio, houve a possibilidade de experienciar e aprimorar as consultas de enfermagem à puérpera e de assistência e avaliação do bem-estar do recém-nascido. Todas elas proporcionaram momentos para avaliar e validar os conhecimentos da mulher/casal relativos a várias questões relacionadas com o recém-nascido (higiene, alimentação, cuidados com o cordão/coto umbilical, sono, padrão de eliminação, segurança,...), com a puérpera (padrão de eliminação, exercícios de fortalecimento pélvico, contraceção, ...) e com o casal (adaptação à nova situação, intimidade, relacionamento e partilha de tarefas,...), assim como realizar ensinamentos, treinos de competências e esclarecer dúvidas.

As consultas de enfermagem da maternidade tinham uma particularidade comparativamente com as do centro de saúde, pois os recém-nascidos eram encaminhados para a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria e as puérperas para a enfermeira da área de saúde materna e obstétrica. Surgiu a possibilidade de assistir a uma consulta de enfermagem de avaliação da criança de forma a perceber a dinâmica, os ensinamentos e as temáticas abordadas. Assim como também, a oportunidade de realizar algumas consultas de pós-parto que foram melhoradas e aperfeiçoadas ao longo do tempo.

Em contexto da comunidade, para o desenvolvimento desta competência, foram consultados todos os ficheiros da USF para fazer um levantamento de dados dos recém-nascidos pertencentes à unidade de cuidados, com o intuito de perceber a sua idade e paralelamente as semanas de pós-parto em que a mãe se encontrava. Esta atividade teve como objetivo a aplicação da “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo”. É uma escala constituída por dez itens e cada um destes apresenta quatro possibilidades de resposta, às quais se atribui uma classificação entre 0 e 3 pontos, para no fim se

realizar um somatório e perceber a probabilidade de existir depressão. Esta é valorizável caso a pontuação final seja igual ou superior a 12 pontos.

De acordo com a DGS (2005) as “perturbações emocionais podem surgir desde o trabalho de parto até ao fim do primeiro ano de vida da criança” (p.14), sendo por isso necessário que os profissionais estejam cada vez mais atentos aos pormenores e características da dinâmica e vivências familiares. No entanto sabe-se que “a maioria dos casos ocorre a partir da 6ª semana do período pós-natal” (DGS, 2005, p.14), pelo que se torna bastante pertinente avaliar o risco de depressão no período pós-natal através de instrumentos credíveis e procedendo ao registo dos resultados obtidos para um melhor encaminhamento das situações de risco. Assim, a escala foi aplicada a dez puérperas e através da análise dos diferentes questionários concluiu-se que as pontuações finais variaram entre os 0 e os 11 pontos, sendo a média obtida de 4,8 pontos. Desta forma, foi possível afirmar que nenhuma das inquiridas desenvolveu depressão pós-parto e relacionar esta pontuação com a possibilidade de existir uma rede de suporte familiar sólida e a continuidade de cuidados (no acompanhamento da gravidez e no pós-parto) tendo em conta a individualidade de cada grávida/puérpera.

Algo que foi motivo de partilha entre o grupo de estágio e a enfermeira tutora foi o facto de constarmos que esta escala não está integrada no programa que os profissionais utilizam para os registos. Consideramos esta uma falha, pois é importante monitorizar este tipo de informações em local apropriado e na realidade com que trabalhamos apenas conseguimos fazer o registo livre da aplicação da escala.

Outro ponto pertinente abordado foi a visita domiciliária. Na USF não existia nenhum projeto de visita domiciliária nesta área, pelo que, em conjunto com a colega de estágio, foi elaborado um trabalho de projeto neste âmbito, denominando-o “Assistência sobre rodas”. Este surgiu numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com o intuito de intervir precocemente, promovendo a saúde e o processo de transição de forma saudável, no período pós natal. Considerando que há uma necessidade de realização de visitas domiciliárias, no período pós-natal, de forma a conhecer o ambiente físico do domicílio e identificar situações merecedoras de intervenção.

Ainda neste âmbito, e apesar de não ter sido planeado inicialmente no projeto de estágio, houve a possibilidade de, juntamente com a enfermeira tutora, organizar e realizar uma visita domiciliária a uma puérpera e recém-nascido, no décimo segundo dia após o parto. Para que a visita decorresse da melhor maneira elaborou-se um guião de colheita de dados para facilitar a recolha de informação no domicílio e para melhor

organizar os registos posteriores. Houve informação recolhida previamente através do processo clínico para que as intervenções pudessem ser mais direcionadas e não houvesse repetição de informação desnecessária. Em paralelo com o guião, estruturou-se o planeamento da visita domiciliária num documento adequado àquela visita e aos objetivos pretendidos. No final, realizou-se a avaliação dos vários objetivos estipulados e procedeu-se aos registos das intervenções executadas.

Durante a visita a puérpera referiu que o seu filho passava algum tempo a dormir, e pela avaliação realizada, foi relevante intervir ao nível da temperatura ambiente, pois encontrava-se elevada. Uma vez que o recém-nascido apresentava o aumento de peso ponderal esperado, foi apenas necessário adequar as condições do meio e dizer aos pais que seria pertinente vestirem-lhe menos roupa, mantendo-o assim mais reativo. É uma mais-valia a implementação de visitas domiciliárias, pois são essenciais para a melhor prestação de cuidados e porque permitem às famílias estar no seu ambiente familiar e receber os cuidados que mais se adequam à sua situação. Apesar de todas estas vantagens, constatou-se que a nível das consultas do centro de saúde é possível igualmente oferecer cuidados de qualidade.

É de valorizar a existência destes momentos que permitem dar continuidade à vigilância das famílias, pois cada recém-nascido possui as suas particularidades, os seus hábitos e as suas características que nos farão trabalhar em parceria com os pais para lhes oferecer os melhores cuidados.

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério é o período de transição da vida da mulher, que antecede e sucede a menopausa, ou seja, é uma fase em que ocorrem alterações no perfil hormonal da mulher, com consequências a vários níveis da sua esfera biopsicossocial. A menopausa define-se pela cessação da capacidade da mulher se reproduzir e caracteriza-se pelas diversas consequências físicas e psicológicas que podem alterar as suas funcionalidades. Devido a estas grandes alterações há uma importante necessidade de recorrer a terapias (hormonais e não hormonais) para o alívio de sintomas e melhorar a qualidade de vida (SPG, 2016).

A escolha das diferentes terapias é uma opção pessoal que deve ser baseada em informação credível e, por isso, o/a EESMO tem a competência de dirigir a atenção para as mulheres nesta fase e oferecer os melhores ensinamentos para que as escolhas sejam conscientes. Uma adequada intervenção, através da educação para a saúde,

influenciará positivamente a promoção de estilos de vida saudáveis de forma determinante na saúde das mulheres nesta fase do seu ciclo vital.

Ao longo das semanas de estágio, no CS, houve oportunidade de realizar consultas neste âmbito. Uma situação que suscitou atenção nas várias consultas, foi o facto de perceber que as mulheres têm pouco conhecimento sobre o que é o climatério, os vários sintomas que estão associados a esta fase, as alternativas para vivenciar a sexualidade sem influenciar os hábitos do quotidiano e, principalmente, dos métodos que podem utilizar para atenuar a sintomatologia. Verificou-se que, o significado do climatério para algumas das mulheres resumia-se a “deixar de ter menstruação” e a sintomatologia associada restringia-se aos “calores” que apresentavam.

Inicialmente não existia à vontade para realizar estas consultas, talvez por não estar muito familiarizada com estas temáticas. O número de consultas realizadas nesta área também foi muito reduzido, mas ainda assim é de valorizar o esforço para obter os melhores conhecimentos e para oferecer os cuidados mais adequados e a informação mais credível, às mulheres que procuravam os cuidados. Foi importante, também, fazê-las perceber que este é um período comum no ciclo de vida das mulheres e alertá-las para a necessidade de cuidados acrescidos dados os problemas que podem advir.

O apelo para manter os rastreios e a vigilância com profissionais capacitados foram condutas que foram mantidas nas consultas realizadas. Foi importante dar a conhecer o novo método para a concretização da citologia, alertar para a necessidade de manter uma vigilância da mama através do autoexame e das mamografias de rotina e a necessidade de incluir o rastreio do cancro do colo-retal (pela pesquisa de sangue oculto nas fezes) na vigilância contínua.

Competência específica: Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Ao longo dos tempos tem-se verificado uma aposta grande nos cuidados preventivos, pela utilização de exames ginecológicos regulares. É importante que cada vez mais as pessoas estejam despertas para o aparecimento de alterações ginecológicas que em muitos casos são assintomáticas. Elucidar as mulheres para a realização de exames e rastreios de diagnóstico antes de aparecer sintomatologia é uma mais-valia para se poder atuar de forma precoce.

Nos cuidados de saúde primários houve a oportunidade de acompanhar duas senhoras que se encontravam em tratamento à ferida cirúrgica na mama, por mastectomia. É pertinente aproveitar estes momentos para abordar certas temáticas dado o impacto

que estas intervenções podem ter na vida da mulher. Perceber de que forma as alterações físicas podem ter repercussões a nível emocional, da autoimagem, das relações de intimidade e na sexualidade é bastante complexo, mas garante à pessoa uma confiança e o apoio necessário que vai para além do simples tratamento à ferida cirúrgica.

São múltiplas as patologias que podem estar relacionadas com a doença ginecológica, no entanto, na passagem pela maternidade foi dada a possibilidade de integrar as consultas de patologia cervical. Nestas contactou-se com duas senhoras portadoras de HPV (uma de encaminhamento para histerectomia e outra para realizar conização do colo do útero com ansa diatérmica de forma a obter uma amostra para envio à anatomia patológica), nas fchas etárias entre os 35 e os 45 anos. Apesar de ser uma patologia que não afeta a autoimagem, como na situação acima descrita, é merecedora de toda a compreensão e apoio, pelas repercussões que podem existir a nível psicológico e nas relações de intimidade. No primeiro caso foi necessário saber toda a história obstétrica e no desejo da senhora em ter mais filhos, no segundo tornou-se prioridade explicar o procedimento e o intuito deste e perceber as capacidades e a aceitação da senhora para dar continuidade aos tratamentos curativos deste procedimento no domicílio. A médica que dirigiu as consultas permitiu a colaboração nos procedimentos, explicando todas as condutas inerentes a estas situações. Foi surpreendente o facto de não haver uma consulta de acompanhamento pela equipa de enfermagem, pois é de extrema importância haver uma orientação da mulher no âmbito da decisão esclarecida, assim como na implementação de medidas de suporte emocional e psicológico que se enquadram nas consultas e cuidados de enfermagem.

Para além destas duas situações, uma outra surgiu no contexto desta consulta. Uma senhora com alterações da mama resultantes de um nódulo posterior ao mamilo, que já tinha sido intervencionada, procedendo-se à sua remoção. Esta dirigiu-se àquela consulta pois mantinha acompanhamento para tratamento à ferida cirúrgica e para vigilância da evolução da situação. Novamente foi possível ter possibilidade de colaborar neste procedimento, que se revelou surpreendente positivamente pelo facto de a senhora estar acompanhada pelo marido em todo este processo. O companheiro teve curiosidade em ver e saber como estava a evolução cicatricial e esteve atento a todos os ensinamentos realizados para conservar o estado do mamilo. Esta situação foi bastante gratificante pois era um casal com idades entre os 73 e os 75 anos e foi notória a cumplicidade existente entre os dois, assim como o apoio e preocupação do senhor para com a sua companheira.

Todas estas situações mais complexas permitiram repensar e perceber as variadas patologias que podem surgir em qualquer idade e que cada pessoa reage de forma diferente às situações com que se depara. Como EESMO é crucial prestar o apoio necessário, encaminhando para os profissionais competentes e acionando todos os recursos necessários para dar estabilidade às mulheres. Envolver os conviventes significativos da pessoa afetada é uma mais-valia como pilar de suporte, desde que vá de encontro às preferências das mulheres.

Ainda na maternidade, as consultas de Ginecologia e Neurodesenvolvimento permitiram perceber o quão são delicados os cuidados a prestar às utentes com alterações neurológicas. É necessário uma sensibilidade aumentada para dar o melhor acompanhamento e negociar os cuidados da melhor forma. Foi marcante particularmente esta consulta pois, já tendo plena consciência de como são importantes os cuidados e a ligação criada com estas utentes, faz cada vez mais sentido que o/a EESMO dê especial atenção à saúde mental durante a sua prática clínica, apostando essencialmente na formação para melhor adequar os seus cuidados, aumentando assim a literacia desta população.

Por último, com o objetivo de divulgar o “Dia internacional da Saúde Feminina”, comemorado a 28 de Maio, juntamente com a colega de estágio foi concretizada uma exposição no centro de saúde de forma a relembrar a data e promover a saúde feminina nas suas particularidades. Realizaram-se dois cartazes informativos, um sobre “A mulher no climatério” e outro para informar a população de “Como atuar no climatério”. Para essa exposição foram, também, revistos e atualizados panfletos sobre o “Autoexame da mama”, a “Menopausa e Climatério” e o “Rastreamento do cancro do colo do útero” e outro com “Informações sobre a osteoporose”. Esta dinâmica alcançou os resultados esperados uma vez que se conseguiu abordar as diferentes temáticas com várias mulheres, elucidá-las para a importância da execução de rastreios e realizar-lhes os ensinamentos elegidos como prioritários.

Foi interessante perceber que havia mulheres informadas e com interesse de partilhar as suas histórias, nomeadamente sobre a importância destes exames para a deteção de alterações a nível da mama. Também se constatou procura de informação por parte dos homens com o intuito de puderem transmiti-la às suas companheiras, integrarem-se nos cuidados, serem uma referência para ajuda nos processos de transição e melhorarem os seus conhecimentos sobre as temáticas. No decorrer da semana, tivemos a colaboração de uma estudante do curso de Licenciatura na nossa ação

formativa, permitindo que houvesse uma supervisão das intervenções de promoção da saúde da mulher.

Competência específica: Cuida o grupo- alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

A grande diversidade cultural é um fator que o/a EESMO deve estar desperto dado a influência que esta pode ter no grupo-alvo dos cuidados. É importante conhecer o meio onde a mulher está inserida pois, desta forma, será mais fácil perceber os seus costumes, hábitos e valores. A comunicação é o elemento fundamental para a prática de cuidados de qualidade e também esta deverá ser adequada em cada situação para que se obtenham os resultados esperados.

Os recursos da comunidade são um elemento essencial para dar respostas às diversas situações, por isso é necessário ter conhecimento das condições que envolvem estes grupos e a forma de alcançar as melhores respostas.

Ao longo do estágio na comunidade foram diversos os contactos com este grupo-alvo, nomeadamente nas consultas de planeamento familiar. Como já abordado anteriormente as intervenções foram personalizadas de acordo com cada situação em particular. A nível dos cuidados de saúde diferenciados as particularidades dos grupos-alvo foram mais diversificados, nomeadamente na UIP onde se realizam consultas de saúde materna e pós-parto a grávidas/puérperas com risco psicossocial e acompanhamento a mulheres ao nível do planeamento familiar. Também se proporcionou a possibilidade de assistir e participar em consultas de IVG, onde se age de acordo com a legislação em vigor e com as necessidades de cuidados identificados para estas situações em concreto. Na consulta de Ginecologia e Neurodesenvolvimento houve a oportunidade de acompanhar situações de mulheres em idade fértil e perceber o quão são importantes as intervenções do/a enfermeiro/a para consciencializar a mulher sobre a sua condição de vida e as possíveis estratégias de ação. Em todas elas verificou-se a cooperação da equipa multidisciplinar para melhorar a qualidade do atendimento e humanizar os cuidados.

Como EESMO é importante identificar as necessidades relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, realizar ensinamentos, oferecer respostas às necessidades, incentivar ao cumprimento do plano de vacinação e promover hábitos de vida saudáveis através de programas/projetos direcionados às características de cada grupo populacional.

Competências comuns

As competências comuns do/a enfermeiro/a especialista presentes no Regulamento nº140/2019 são consideradas transversais a todos/as os/as enfermeiros/as especialistas, seja qual for a área de especialidade. Os vários locais de estágio foram igualmente importantes para desenvolver estratégias que permitiram o evoluir das competências que fazem parte dos domínios das competências comuns.

O trabalho deve ser baseado nas responsabilidades, leis, princípios e deontologia da profissão, permitindo uma ação responsável no desenvolvimento das funções esperadas.

A relação terapêutica é fundamentada na preservação da privacidade, na confidencialidade, no respeito pela dignidade, crenças e valores da pessoa que é alvo de cuidados, independentemente do contexto de atuação. Como tem vindo a ser referido, a tomada de decisão foi realizada em parceria com a utente/família e em consonância com a equipa de trabalho, tendo em consideração essas premissas.

Perante a profissão assumida é dever prestar cuidados em saúde, numa dinâmica de melhoria continua aos vários níveis de intervenção (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) e para alcançar bons indicadores de qualidade. Os trabalhos desenvolvidos em estágio foram concebidos com esta finalidade, sendo um dos exemplos a construção/organização e planificação de um projeto da visita domiciliária apresentado.

O melhor desempenho adquire-se com o bom trabalho integrado em equipas multidisciplinares, dinâmicas, proactivas, motivadas e com sentido de responsabilidade que contribuem para a construção de ambientes terapêuticos seguros. Nos cuidados de saúde primários os/as enfermeiros/as são responsáveis por cada membro do agregado familiar que se encontram nos ficheiros aos quais estão coletados. Por sua vez, nos cuidados de saúde diferenciados, os/as enfermeiros/as tem as suas utentes distribuídas, por cada turno de trabalho. Foi uma mais-valia integrar cada grupo de trabalho e, apesar das diferenças, foi notório o trabalho em equipa e o espírito de interajuda.

Na gestão de cuidados o/a EESMO tem um papel predominante e ativo. Nos cuidados de saúde primários, houve oportunidade de compreender e refletir, com a ajuda da enfermeira tutora, sobre o funcionamento dos sistemas de gestão da unidade de cuidados e perceber as diferentes funções que cada elemento desempenha para que haja um bom trabalho e funcionamento da USF.

Em contexto da sala de partos, foi importante ter consciência da enorme exigência e responsabilidade que são os cuidados especializados prestados às utentes, famílias e recém-nascidos. Apesar do número insuficiente de EESMO para a prestação de cuidados, verificou-se, no final, que se conseguiu reunir esforços para colmatar essa situação, nomeadamente com a presença de mais um elemento.

Tão importante como a gestão de recursos humanos, é a gestão de material. O/a enfermeiro/a especialista tem um papel fundamental no que diz respeito à identificação e reposição de materiais, à comunicação das avarias de material e de equipamentos e realização das respetivas requisições de reparação, à coordenação das atividades das assistentes operacionais, controlo de estupefacientes, controlo de todos os equipamentos e matérias existentes e respetivos registos. Embora o/a enfermeiro/a responsável seja o elemento chave é necessário que todos os restantes colaborem na reposição de material, no respetivo acondicionamento em local apropriado e com o controlo das validades.

A capacidade de autoconhecimento, estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais foi aperfeiçoada ao longo dos estágios, como espelhado anteriormente em cada competência específica. O molde de atuação no dia-a-dia de trabalho foi centrado na iniciativa, criatividade, disponibilidade, consciência, adaptação e interesse pelas diferentes situações, estando sempre presente e predisposta a aproveitar todos os momentos de aprendizagem que surgiram.

A tomada de decisão foi com base na fundamentação teórica, na necessidade de pesquisa constante sobre diferentes temáticas e na reflexão e análise crítica das situações. Foram realizadas pesquisas com o intuito de clarificar termos e aprofundar conhecimentos anteriormente adquiridos, pois uma boa fundamentação teórica, em associação com a prática especializada, permite adquirir maior autoconfiança e conseqüentemente maior autonomia na resolução de problemas, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados.

O contacto com pessoas diferentes, tendo em conta a individualidade de cada um, e com situações distintas é um desafio profissional e pessoal que se vai mantendo com o tempo, mas que permite uma aprendizagem da gestão de emoções e conflitos.

Ambos os contextos de estágio recebem alunos/as em vários níveis de formação. Desta forma é importante transmitir aos novos elementos os valores humanos e científicos que regem a conduta das instituições e proporcionam o desenvolvimento das competências esperadas, com várias aprendizagens, e onde a prática é executada com base nos referenciais teóricos. Durante as várias semanas, houve preocupação em envolver

os/as alunos/as da licenciatura em algumas práticas, de forma a que estes colaborassem, sempre com supervisão, nos cuidados prestados e conseguissem pôr em prática os conhecimentos dos fundamentos de enfermagem.

1.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O/A enfermeiro/a especialista é aquele/a “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializada” (DR, 2019, p. 4744). As características individuais, assim como o saber científico em parceria com as habilidades permitem ao/à enfermeiro/a especialista exercer funções e melhorar a prática. É fundamental ter conhecimento e fazer valer essas competências, tendo consciência que, ser EESMO, é deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que permitem atuar de acordo com a melhor análise das necessidades do grupo-alvo.

Os diversos locais de estágio, integrantes deste curso, contribuíram para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade crítica e reflexiva. Todo o conhecimento teórico só é consolidado quando posto em prática e enriquecido com a experiência de cada dia de trabalho. As várias experiências, que se revelaram em aprendizagens gratificantes, advindas dos diferentes estágios, foram essenciais para o desenvolver as competências comuns e específicas do/a EESMO, com impacto no enriquecimento profissional. Adquirir competências e ser capaz de agir envolve, não só a apropriação significativa do conhecimento científico, mas também a execução de procedimentos, baseados em estratégias para a promoção da saúde, prevenção da doença e/ou quando já estão instaladas alterações. Associando-as sempre à forte componente relacional de valorização da pessoa/família, centro dos cuidados e principal interveniente dos mesmos.

Com todas as semanas de aprendizagem, é possível afirmar que a passagem pelas diversas áreas em estágio foi um marco importante para desenvolver as competências pretendidas, aumentar o conhecimento de forma gradual e consistente, mobilizando conceitos e refletindo sobre a prática diária. Com a reflexão sobre a prática, no final de cada dia, conseguiu-se uma evolução positiva durante este percurso, aumentando também a capacidade crítica derivada das diferentes realidades.

De forma a obter o melhor desenvolvimento das diversas competências, no que respeita às oportunidades de ensino, manteve-se como conduta a procura de experiências, uma

postura atenta, o questionamento das situações que suscitaram dúvidas, a realização de pesquisas contínuas sobre diferentes temáticas e utilização do método de estudo regular. A curiosidade e a necessidade de aumentar conhecimentos esteve sempre presente. Através da aplicação do processo de enfermagem, de forma contínua e melhorada, alcançou-se o desenvolvimento de competências de acordo com a especificidade de cada situação.

Todas as etapas do processo de enfermagem, desde a colheita de dados inicial, passando pela recolha de informação à mulher/casal e análise do processo, até à identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções, prestação dos cuidados mais adequados, encaminhamento para profissionais de referência e posterior avaliação das intervenções realizadas é sempre o modelo chave para obter cuidados de qualidade.

É importante conseguir transpor para a pessoa que nos interpela, independentemente do contexto, todo o conhecimento, os melhores cuidados e informações mais adequadas à sua situação. A capacidade de trabalho em equipa e capacidade de dar encaminhamento para as várias redes de suporte, realçam a importância e o papel fundamental e privilegiado do/a EESMO. E, por isto, todas as competências terão de ser consolidadas com a contínua aposta na formação e integração de novos conhecimentos na prática diária.

As abordagens à pessoa devem ter em consideração as diversas realidades e contextos, permitindo que estas façam escolhas informadas e conscientes, baseadas em informação credível. É da competência do/a EESMO saber dirigir a atenção para as mulheres nas diferentes fases da sua vida e oferecer-lhes as melhores informações, para que as suas escolhas sejam conscientes, aumentando a sua literacia. A possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas que são alvo de cuidados permitirá obter informação sobre as suas características pessoais e identificar fatores de risco existentes. Uma adequada intervenção, através da educação para a saúde, influenciará positivamente a promoção de estilos de vida saudáveis de forma determinante na saúde das mulheres ao longo do seu ciclo vital.

A confiança transmitida e a disponibilidade manifestada são fatores essenciais para que possamos ter um papel diferenciador nas nossas ações. Não só perante a pessoa, mas também, com o grupo multiprofissional é essencial cultivar laços de interajuda, relações de confiança e de trabalho coeso. Ao longo das semanas de estágio houve capacidade para criar boas relações com os membros das equipas, estando à vontade para trabalhar com os mesmos de forma dinâmica. Com a ajuda das enfermeiras tutoras e

professoras, as dúvidas foram esclarecidas e a conduta de trabalho foi orientada da melhor forma possível, tendo existido condições para a concretização dos objetivos esperados, sendo uma mais-valia para a formação.

Em suma, o desenvolvimento profissional para adquirir competências especializadas está assente na formação em contextos de estágio diferentes. Desta forma, é possível considerar que os vários locais de estágio ofereceram diversas oportunidades de formação, permitindo desenvolver as competências comuns esperadas e as específicas relacionadas com o cuidado à mulher, tendo em consideração que as diversas fases de transição requerem os melhores cuidados e intervenções.

Ser EESMO é sem dúvida destacarmo-nos pelo conhecimento que temos, na promoção de atitudes responsáveis e na educação e formação em saúde.

PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA

2- VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA MULHER COM INCAPACIDADE INTELECTUAL

De acordo com a abordagem realizada na primeira parte deste relatório, foi possível compreender que o contacto com a área da sexualidade em pessoas com perturbações mentais, onde se inclui as perturbações do neurodesenvolvimento, foi bastante superficial, tendo ocorrido em apenas um momento do contexto de estágio. Desta forma, e por conviver diariamente, no contexto profissional, com pessoas com incapacidade intelectual considera-se que é de todo pertinente inclui-las nesta área de especialidade, que oferece ferramentas para desenvolver competências neste âmbito.

Uma vez que a sexualidade é intrínseca a qualquer ser humano, surgiu o interesse por desenvolver esta temática, com o intuito aprofundar os conhecimentos, tendo como foco as pessoas com incapacidade intelectual. E, após verificar que existe escassez de estudos publicados que centrem a sexualidade na perspetiva da pessoa que vive com incapacidade ao nível intelectual, tenciona-se realçar a importância de olhar para a mulher, integrando esta temática nas diversas esferas da sua vida. A pessoa deve ser vista como um todo e as abordagens, enquanto enfermeiros/as especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, deverão ir mais-além da patologia.

Esta segunda parte irá envolver uma abordagem teórica a cerca da sexualidade e da incapacidade intelectual, centrada nas pesquisas realizadas, e uma abordagem investigativa. Assim, será dividido em quatro partes: primeiramente expõe-se uma contextualização teórica dos temas que definem este estudo (sexualidade e pessoa com incapacidade intelectual); seguidamente dá-se a conhecer o desenho de estudo; posteriormente faz-se uma apresentação e análise dos resultados obtidos; e, no final, será realizada uma síntese conclusiva do estudo.

A apresentação dos resultados foi organizada em função da questão de investigação e será apresentada tendo por base os objetivos definidos. Por sua vez, a discussão dos resultados será realizada em confronto com os resultados da revisão de estudos e suportada pela experiência profissional, que constituíram a base do quadro concetual que suportou a investigação.

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A palavra sexualidade tem vindo a ser definida ao longo dos tempos por vários autores e são várias as definições que podemos atribuir.

Segundo Bernardi (1988) e Vasconcelos (1995) a sexualidade abrange aspetos que se revelam importantes para que a pessoa tenha conhecimento de si, em todas as suas dimensões e ao longo do ciclo vital. Estes podem ser de carácter biológico, psicológicos, sociais, morais, religiosos e culturais (como referido por Denari, 2002). De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (APF) a sexualidade é uma componente da vida de cada pessoa, sendo que contribui para a sua identidade e equilíbrio físico e psicológico. Esta definição vai de encontro ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1992 e que é apresentado pela APF:

Energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental. (s.p.)

Mais tarde, de forma a contribuir para o avanço da compreensão da sexualidade a comissão técnica sobre saúde sexual da World Health Organization ([WHO], 2006) apresentou uma nova definição que reflete e integra aspetos para uma nova perspetiva sobre questões da sexualidade. Assim, a sexualidade é definida como um aspeto central do ser humano ao longo do seu ciclo de vida, abrangendo componentes como o sexo, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Esta é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora possa incluir todas estas dimensões não é obrigatório que todas sejam sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Também Vandebosch (2018) apoia a premissa de que a vivência da sexualidade é compreendida pela interação dos aspetos biológicos mas não pode ser pensada sem integrar a dimensão social e cultural (como referido por Santos & Ramos, 2018).

Ao refletir sobre os conceitos percebe-se que a sexualidade vai mais além da componente biológica pois é diretamente influenciada pela interação de vários fatores. Caracterizada pela sua diversidade, pode-se perceber que estes fatores têm uma forte

influência a nível dos sentimentos, pensamentos, ações e interações daí o impacto que pode ter na saúde física e mental.

Realçando a ideia de que a sexualidade se desenvolve através da interação de vários fatores a WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group e a United Nations Population Division (2015) assumem como referência os fatores biológicos (desenvolvimento sexual, respostas sexuais humanas e componente física: órgãos sexuais, genitais, os sentidos, ...), os psicológicos (emoções, sentimentos, atitudes pessoais) e os sociais (as interações e as vivências construídas dentro de uma cultura e abrange os aspetos que influenciam a sexualidade no que comporta os costumes culturais, crenças religiosas, identidade política, entre outras) (como referido por Fuentes, Granados & Sierra, 2020).

Conclui-se, assim, que a sexualidade é um aspeto fundamental da vida humana. Desta forma, é possível assumir que as vivências da sexualidade são parte integrante de cada indivíduo espelhando a sua componente biológica (corpo), relacional (relações sociais, comunicação e compromissos), psicológica (emoções, sentimentos e atitudes) ética e sociocultural (escolhas e responsabilidades da vida sexual sob influência de valores culturais) (Reis, Ramiro, Carvalho & Pereira como referido por Anastácio, 2010). Sendo um elemento central da existência humana, é necessário pensar nela tanto na esfera pública como na privada, e, dado o seu carácter transversal, não se podem excluir estas vivências das pessoas com incapacidade intelectual.

Foi possível verificar que o conceito de sexualidade sofreu alterações ao longo do tempo, assim como também o diagnóstico de incapacidade intelectual.

Segundo Ramos (2005), a deficiência é caracterizada como uma perda ou alteração, de carácter temporário ou permanente, de uma estrutura ou função do corpo, tanto a nível físico, como a nível mental, em situações inatas ou adquiridas. Se o foco for a mente, para Esquirol (1828), o atraso mental era uma condição que não permitia às pessoas adquirir a mesma quantidade de conhecimento, devido ao fraco desenvolvimento intelectual, quando comparadas com outras da mesma idade e nas mesmas circunstâncias (como referido por Ramos, 2005).

Atualmente existem duas classificações com maior impacto na prática clínica que dão suporte à definição do que é este tipo de patologia. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), as perturbações do desenvolvimento intelectual têm origem durante o período de desenvolvimento e são caracterizadas pelo funcionamento intelectual e comportamento adaptativo significativamente abaixo da média. São características desta patologia as

dificuldades em adquirir conhecimentos e habilidades académicas. Maioritariamente há domínio das atividades básicas de autocuidado, domésticas e práticas, podendo até existir atividades laborais dependendo da gravidade da perturbação.

Por sua vez, o Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), que utiliza como nomenclatura “Incapacidade Intelectual”, refere-se a esta como tendo início no período do desenvolvimento e inclui défices ao nível funcional, nas vertentes intelectuais e adaptativas, no domínio concetual, social e prático. Ou seja, para ser associado este diagnóstico é necessário que se verifique diminuição das capacidades mentais gerais (funções intelectuais que envolvem o raciocínio, a resolução de problemas, planeamento e pensamento abstrato) e nas funções de adaptação do quotidiano (referente ao nível que se atinge no domínio concetual, social e prático para se considerar independente e responsável socialmente), comparativamente com o que está preconizado para o mesmo género, na mesma sociedade e para a mesma idade cronológica. Estas deverão ter início durante o período de desenvolvimento, ou seja, os défices intelectuais e adaptativos verificam-se presentes no período da infância ou na adolescência. Focando os domínios atrás apresentados, e tendo sempre como comparação indivíduos com a mesma idade cronológica, os diferentes níveis de gravidade da incapacidade intelectual podem ser definidos conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 1- Níveis de gravidade da incapacidade intelectual e sua definição

Nível de gravidade	Domínio concetual	Domínio social	Domínio prático
Ligeira	Existem dificuldades na aprendizagem de capacidades académicas, com necessidade de suporte para atingir o esperado para a idade. O pensamento abstrato, as funções executivas, a memória de curto prazo e o uso das capacidades académicas estão comprometidas. Há uma aproximação concreta aos problemas e soluções.	Verifica-se imaturidade nas interações sociais. A comunicação e linguagem são mais concretas/imaturas. Pode existir dificuldade na regulação de emoções e do comportamento, assim como limitação da compreensão social do risco.	Pode funcionar de forma apropriada, necessitando de suporte nas tarefas complexas. Existem semelhanças no que respeita às capacidades recreativas, sendo necessário suporte para a apreciação de bem-estar, organização destes períodos e na tomada de decisões de saúde e legais.

Moderada	Há um marco significativo no atraso das capacidades conceituais. O desenvolvimento das capacidades académicas está num nível elementar e requer suporte. É necessária assistência contínua para completar tarefas.	Há diferenças no comportamento social e comunicativo. A linguagem é pouco complexa e o discernimento social e as capacidades de tomada de decisão são limitadas. No entanto, possuem capacidade para relacionamentos.	Há capacidade para cuidar das necessidades pessoais, embora seja necessário maior tempo de instrução. Pode desenvolver variadas capacidades recreativa, requerendo suporte e oportunidades de aprendizagem adicionais.
----------	--	---	--

Fonte: DSM-5 (adaptado pelo investigador)

O facto de existir uma definição concreta do que é a incapacidade intelectual permite que exista investimento e ajuste nos cuidados à pessoa que apresenta estas características.

Para além deste conhecimento, que ajuda a perceber quais as características das pessoas com este diagnóstico, também importa saber quais são os conhecimentos que estas pessoas detêm e a forma como os adquiriram. Assim será importante ter em conta as principais formas de educação a que estas estiveram submetidas.

De acordo com Patrício (2019), existem três tipos de educação que variam consoante o grau de planificação, intenção e formalização dos processos educativos: educação formal – remete para a escolarização e transmissão deliberada de conhecimentos e atitudes, dependendo de um sistema educacional institucionalizado e abarcando os vários níveis de ensino; educação não formal – decorre fora do sistema regular de ensino, mas sendo complementar a este, ou seja, espelha as atividades educacionais organizada, sistémicas, intencionais e contínuas fora da estrutura do sistema formal, não se avaliando formalmente os resultados da aprendizagem; e educação informal – processo contínuo e espontâneo de aprender pelo qual se adquire conhecimento, habilidades e perceções, a partir de experiências quotidianas e da exposição com amigos, família e comunidade.

Segundo Carvalho (2009), o ser humano é capaz de adquirir conhecimentos, mesmo sem saber ler, através da transmissão oral ou pelas vivências e experiências da vida. Indo de encontro ao conceito de literacia, é possível obter conhecimento através de aprendizagens e pela educação que se recebe. No entanto, muitas vezes, as pessoas com incapacidade intelectual não recebem uma educação adequada, de acordo com as suas dificuldades, impedindo o desenvolvimento da sexualidade plena e harmoniosa

(Pinheiro como referido por Almeida, 2010). Desta forma, ao existir défice de informação/ensinos poderá influenciar a forma como a sexualidade é compreendida e, por sua vez, como é expressa.

Tradicionalmente a percepção é definida como o “processo cognitivo da consciência que consiste no reconhecimento, interpretação e significado para a elaboração de juízos à volta de sensações obtidas do ambiente físico e social, em que intervêm outros processos psicológicos entre os quais se encontram a aprendizagem, a memória e a simbolização” (Melgarejo, 1994, p. 4, tradução nossa). A percepção que cada pessoa tem sobre determinado assunto varia de acordo com os valores sociais, atitudes, crenças e outros elementos sociais. Estes irão permitir construir um paradigma sobre determinados conceitos.

Numa abordagem mais simplificada e de acordo com o que será o foco deste trabalho, o dicionário da Língua Portuguesa (1999) define percepção como sendo o “acto ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objectos ou de acontecimentos exteriores (...) – intelectual: acção de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independentemente dos sentidos” (p. 1251).

Em suma, de acordo com a Gestalt a percepção “determina a entrada de informação (...) garante que a informação que é adquirida do ambiente permite a formação de representações (juízos, categorias e conceitos) (como referido por Oviedo, 2004, p. 90, tradução nossa).

Como síntese, pode-se concluir que a sexualidade não é só uma dimensão biológica do ser humano mas também, é resultado da percepção, das vivências e da educação. Apesar das características inerentes à pessoa com incapacidade intelectual esta detém sentimentos, desejos, pensamentos e direito de integrar a sociedade, estabelecer contatos e desenvolver relações interpessoais que constituem a sexualidade, tendo o direito de a vivenciar. Desta forma, torna-se eminente eliminar preconceitos e incluir a vida afetiva e a sexualidade nas abordagens dos/as EESMO. É essencial adaptar as intervenções às exigências desta população, focando os interesses e expressões da sexualidade. E, uma vez que a pessoa com incapacidade intelectual tem competências para obter e entender informação básica de conceitos e temáticas relacionadas com a saúde, conseguir-se-á facilitar os processos de aprendizagem.

A expressão da sexualidade em pessoas com incapacidade intelectual muitas vezes é dificultada por motivos psicológicos da própria pessoa, que se sobrepõem às características orgânicas. Ter uma incapacidade intelectual, não poderá ser uma condição para que não existam manifestações de sexualidade (Denari, 2002). Mais,

segundo Moraes “as estruturas límbicas do sistema nervoso são preservadas no deficiente mental e a sua conformação anatômica e processos fisiológicos, bem como o desenvolvimento dos caracteres sexuais (...) além dos impulsos biológicos, acontecem como em qualquer ser humano.” (como referido por Almeida, 2010, p. 2). O mesmo autor defende que o processo de crescimento interpessoal e socialização está inteiramente afetado pelo facto de as pessoas com incapacidades muitas vezes estarem institucionalizadas ou simplesmente afastadas dos grupos sociais. Ou seja, irá afetar o reconhecimento do “eu” e do “outro” e, por sua vez, impedi-los de momentos de privacidade, de desenvolvimento de potencialidades e identificação de vulnerabilidades. Se não existe impedimento pela funcionalidade orgânica do indivíduo, também não podem ser os cuidadores os principais responsáveis por influenciar negativamente este grupo populacional. “Aceitar como um fato positivo a ternura, a comunicação, o enamoramento, e tantos outros sentimentos interpessoais positivos que podem associar-se à atividade sexual, é o primeiro passo para a compreensão dos atributos motivadores e integradores da pessoa” (Denari, 2002, p.13).

Há necessidade de conseguir aliar o direito à igualdade com o direito à diferença, sabendo que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm o mesmo direito de usufruir de proteção, respeito e igualdade consagrado na carta dos direitos humanos. Reconhecendo que a pessoa com deficiência tem direito a ser respeitada, mantendo integridade física e mental, importa realçar o direito do acesso à informação apropriada à idade, educação inclusiva e acessos igualitários na saúde, nomeadamente na área da saúde sexual e reprodutiva (DR, 2009). No quadro dos direitos humanos, as pessoas com incapacidades têm intrínseco o direito ao respeito da sua dignidade humana, podendo usufruir de qualidade de vida, excluindo-se os atos que a ponham em causa (ONU, 1975). Suportado pelos Direitos Humanos encontram-se os direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com os princípios da declaração da International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional de Planeamento da Família [IPPF], 2009) “a sexualidade é parte integrante da personalidade de todo o ser humano em todas as sociedades...” e “... os direitos humanos relacionados à sexualidade, sua proteção e promoção devem ser parte da existência diária de todos os indivíduos” (p. 12), reconhecendo, assim, a sexualidade como um aspeto central na vida de qualquer pessoa. Desta forma, cada sujeito está salvaguardo pela proteção contra todas as formas de violência, abuso e práticas sexuais não concebidas, pois estas são consideradas como prejudiciais para a vivência plena da sexualidade. E, também, é um direito de qualquer cidadão decidir sobre a sua sexualidade, comportamento sexual e

intimidade, sem interferência de outros ou condicionada pelas ideias erradas que lhe foram inculcadas.

Assim, os educadores e cuidadores diretos destas pessoas, não deverão condicionar nem deixar que falsas ideias influenciem ou privem estas pessoas de vivências plenas da sexualidade. É essencial proporcionar formas de aquisição de conteúdos, inculcar o espírito de reflexão sobre as atitudes e tomadas de decisão, fornecendo informações corretas, realistas e sem juízos pré-concebidos. Esta afirmação é sustentada por Gherpelli (1995), pois esta defende que aqueles que lidam com pessoas com esta patologia devem estar atentas, informadas e isentas de preconceitos de forma a conseguir compreender as necessidades reais e a interpretação feita do que é a sexualidade delas (como referido por Vieira & Vieira, 2015). É importante que o tema seja abordado com naturalidade, de forma fácil e simples, prevenindo situações de maior risco.

Pessoas com incapacidade intelectual vivem igualmente a sua sexualidade, quando comparados com outras pessoas sem incapacidade intelectual, podendo, no entanto, agir de forma menos segura devido à escassez de conhecimento, pela pouca educação ou apoio que muitas vezes deriva dos tabus e negação por parte dos familiares e educadores (Vieira & Coelho como referido por Maia, 2016). De acordo com Gameiro (2006), só é possível viver uma vida afetiva em pleno se tivermos como base o conhecimento sobre o nosso corpo e sobre as suas funções, as nossas limitações e potencialidades. Por isso, realça a importância de possuir um adequado acesso a informação, para que se consiga desmistificar falsos conceitos ou “tabus” e esclarecer dúvidas. Desta forma, obtêm-se as ferramentas necessárias para conseguir ajudar e educar com credibilidade, deixando de parte a exclusão social, incluindo os cuidados a estas pessoas ao longo do seu ciclo de vida, valorizando as diferentes formas de expressar a sexualidade e fomentando o respeito pelo outro.

2.2 DESENHO DO ESTUDO

A problemática da sexualidade remete para o desenvolvimento do ser humano que, como já verificado, não pode ser excluído do percurso de vida da pessoa com incapacidade intelectual. A concretização deste trabalho de investigação teve como base um estudo qualitativo, de nível I do tipo exploratório-descritivo, uma vez que visa proporcionar maior familiaridade com o tema e conhecer/interpretar os factos sem interferir com os mesmos.

Para conseguir permissão e dar continuidade ao que se pretendia estudar, houve necessidade de submeter um pedido de apreciação relativo a este estudo de investigação à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), que recebeu um parecer favorável para a sua concretização (Anexo I).

Este estudo irá possibilitar uma sustentabilidade teórica a possíveis intervenções de enfermagem (Morse como referido por Streubert & Carpenter, 2013). Com ele pretende-se proporcionar uma visão da realidade, sem comprometimento do contexto natural do fenómeno estudado e com a criação de uma relação de confiança entre o investigador e os sujeitos participativos. Tendo como base a temática escolhida (perceção e vivências da sexualidade), procurar-se-á um foco sobre os conceitos e a experiência da vida quotidiana de uma população em específico, focos que se sabe pela literatura que estão inteiramente ligados aos métodos qualitativos (Gamson, 2006). Pois estes, de acordo com Fortin (2009), tendem a transparecer o significado ou a perspetiva de interpretação, que o indivíduo detém, de um determinado fenómeno.

Foi, também, realizada uma revisão da literatura para perceber de que forma os dados já publicados iriam de encontro aos dados obtidos nesta investigação.

A questão de investigação apresentou-se com o intuito de delimitar o âmbito do estudo. Assim, a realização deste estudo pretendeu dar resposta à seguinte questão: Quais as perceções e vivências da sexualidade de mulheres com diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira ou incapacidade intelectual moderada? De forma a dar resposta à questão formulada, foram definidos os seguintes objetivos: conhecer a perceção da sexualidade de mulheres com incapacidade intelectual ligeira ou com incapacidade intelectual moderada; e descrever as vivências da sexualidade, de mulheres com incapacidade intelectual ligeira ou com incapacidade intelectual moderada.

Segundo Polit, Beck e Hungler “os indivíduos que colaboram no estudo têm um papel activo em vez de passivo e portanto são referidos como informantes ou participantes no estudo” (como referido por Streubert & Carpenter, 2013, p. 29). Desta forma, a seleção das participantes foi de encontro aos objetivos do estudo. A amostra considera-se não probabilística por conveniência intencional. Foi constituída por mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos, segundo a WHO, 2018), institucionalizadas, com o diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira ou moderada.

Os critérios de inclusão delineados foram: utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, com diagnóstico de incapacidade intelectual

ligeira ou incapacidade intelectual moderada e que detinham autorização dos tutores/representantes legais para participar no estudo.

Os critérios de exclusão: utentes do sexo masculino, mulheres com idades fora dos limites estipulados, com diagnóstico de incapacidade intelectual grave ou incapacidade intelectual profunda.

O contexto de investigação foi o local onde as participantes vivem e realizam as suas atividades de vida diárias. Tendo em conta a população-alvo escolhida, as características e objetivos do estudo, considerou-se essencial manter os contextos naturais. Desta forma, e posteriormente a ter obtido a declaração formal que autorizou a realização do estudo pela Comissão de Ética da Instituição (Anexo II), foi executada a colheita de dados. Esta instituição visa a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo na vertente da saúde mental e psiquiatria.

Para a obtenção de dados neste estudo, foi utilizado o método de recolha de informação denominado entrevista. De acordo com a classificação das entrevistas, quanto à estrutura, esta foi semiestruturada, uma vez que é o instrumento principal para uma pesquisa de natureza qualitativa (Amado, 2014). Previamente foi elaborado um guião (Apêndice I), onde estavam definidas, de acordo com uma ordem lógica, as questões essenciais que iam dar resposta ao que se pretende alcançar: saber como a pessoa com incapacidade intelectual percebe e vivencia a sexualidade. Apesar de existir um guião de suporte, houve permissão para a liberdade de resposta à entrevistada (Amado, 2014). Este método permitiu o desenvolvimento de uma relação de confiança com as pessoas envolvidas, de forma a alcançar eficazmente os objetivos do estudo.

Na recolha de dados valorizaram-se as experiências das participantes, incluíram-se citações, comentários e narrativas pertinentes (Streubert & Carpenter, 2013) para que o resultado final conseguisse espelhar da melhor forma a realidade, facilitando a compreensão das experiências e do contexto.

Assim, como preconizado, realizaram-se entrevistas de forma direta e presencial, posteriormente a ser dada uma explicação dos objetivos pretendido e ser assegurada a autorização e proteção de dados. Antes da aplicação das entrevistas, foi efetuado um contacto com a família/tutor legal com o intuito de autorizarem a participação no estudo, do seu tutelado, através da assinatura dos termos de consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice II). Existiram dois momentos para as entrevistas, o primeiro teve como intuito conhecer as utentes e recolher os seus dados sociodemográficos e o segundo obter a informação relativa à temática escolhida. Ambos ocorreram de forma

programada de acordo com a disponibilidade e com a localização mais favorável a cada participante, respeitando a sua privacidade e proporcionando um clima familiar e sem interrupções, benéfico para partilha de experiências. A colheita de dados decorreu no período compreendido entre Abril e Maio de 2021. Como este período esteve integrado em época de pandemia, derivada ao coronavírus (COVID-19), os momentos de entrevistas foram realizados tendo como base as orientações do manual da DGS (2020): utilização de máscara pela entrevistadora e pelas entrevistadas; cumprimento do distanciamento de segurança social; desinfeção do local entre cada entrevista (mesa, cadeira, porta e material de escrita); e ventilação do espaço.

As entrevistas foram codificadas de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade e, para isso, as participantes encontram-se nomeadas com a letra maiúscula “P” seguida de um número ordinal sequencial referente à ordem de realização da entrevista (P₁, P₂,...).

Todas as entrevistas foram executadas pela investigadora e a informação recolhida foi gravada, em suporte áudio, posteriormente transcrita (para formato digital) e sujeita a análise de conteúdo, técnica que permite o processamento do material recolhido e a realização de inferências interpretativas a partir do conteúdo exposto, com vista à explicação e compreensão do mesmo (Amado, 2014). Esta modalidade, segundo Bardin (2016), exige: inicialmente uma leitura compreensiva e exaustiva do conjunto de material selecionado, de forma a sistematizar as ideias iniciais (pré-análise); de seguida, a necessidade de decompor o texto em categorias segundo reagrupamentos analógicos (exploração do material); por fim, a construção de uma síntese interpretativa, que realce a informação adquirida na análise e resultante do tratamento dos dados, onde se atribui significado ao texto analisado (tratamento dos resultados obtidos e interpretação).

De acordo com o artigo 85 do Código Deontológico do Enfermeiro “O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: (...) (d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (p.117). Assim, a garantia de confidencialidade foi assegurada pelo anonimato tanto da identidade, como dos dados obtidos, e também, salvaguardando que os dados da investigação só serão utilizados para este fim e de tal modo que ninguém conheça a fonte. Todos os dados referentes à identificação das participantes foram omitidos na redação deste relatório. Com o terminar do estudo de investigação, garantiu-se a destruição dos dados recolhidos.

2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto serão expostos os resultados obtidos, juntamente com a sua análise e discussão, decorrentes das entrevistas semiestruturadas realizadas. Assim, os resultados alcançados tiveram por base as entrevistas realizadas a mulheres com diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira ou diagnóstico de incapacidade intelectual moderada, após a autorização e validação do consentimento apresentado inicialmente. A seleção das entrevistadas foi de acordo com os critérios de inclusão, tendo-se reunido uma amostra de treze mulheres, de acordo com os parâmetros estipulados nos critérios de inclusão e que apresentavam condições para a elaboração da entrevista.

Como já referido, apenas participaram no estudo utentes da instituição, do sexo feminino. A média das idades das participantes foi de 32,4 anos, variando as idades reais entre os 20 anos e os 44 anos.

Foi possível recolher informação referente às habilitações literárias, que revelou que todas as participantes frequentaram algum nível de ensino, tendo completado no mínimo o primeiro ciclo de estudos. Apurou-se que sete participantes frequentaram o ensino até ao segundo ciclo e três até ao terceiro ciclo.

No que se refere às institucionalizações, verificou-se uma média temporal de 10 anos, referente ao tempo de institucionalização atual, variando entre 1 ano e os 19 anos. Apenas duas mulheres referiram não ter nenhum internamento anterior ao presente.

Das treze entrevistadas, seis possuíam o diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira e sete o diagnóstico de incapacidade intelectual moderada. Das mesmas treze, apenas sete sabiam conceitualizar sexualidade e conseguiram espelhar as suas vivências. Das que responderam positivamente sobre conhecerem o conceito de sexualidade, cinco possuíam o diagnóstico de incapacidade intelectual ligeira e, duas delas, o diagnóstico de incapacidade intelectual moderada.

Apesar das limitações que caracterizam as pessoas com incapacidade intelectual, estas tem necessidades e potencialidades que as conduzem a uma vida de qualidade. De acordo com a fundamentação analisada, estas pessoas não são isentas de vontades e de direitos, o que lhes permite expressar e vivenciar a sexualidade, abrangendo as várias vertentes, entendendo a sua amplitude e valorizando os vários aspetos da conduta humana (amor, amizades, carinho, relacionamentos afetivos e sexuais, entre outros). Apesar dos aspetos ligados à sexualidade não poderem ser separados uns dos outros, podem existir determinadas dimensões que se realcem mais do que outras, quer

em função da etapa do ciclo de vida, quer em função das percepções ou vivências individuais.

Com o objetivo de melhorar a compreensão dos dados obtidos nas entrevistas, foram construídas tabelas de análise com o intuito de espelhar o conteúdo dos dados recolhidos. Serão apresentadas as tabelas que reúnem as categorias e as subcategorias elaboradas, assim como as respostas obtidas nas entrevistas, que suportam cada uma das mesmas. Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, emergiram três categorias, enquadradas na temática da sexualidade, sendo elas: Percepção da sexualidade; Conhecimentos sobre a sexualidade; e Vivências da sexualidade. E, por sua vez, as subcategorias que lhes estão respetivamente associadas: Conceitos (na categoria: Percepção da sexualidade); Fontes de aquisição de conhecimentos e Integração de conhecimentos (na categoria: Conhecimentos sobre a sexualidade); e Componente biológica, Componente psicológica e relacional e Componente ética e sociocultural (na categoria: Vivências da sexualidade). Estas serão apresentadas de seguida, organizadas nas tabelas 2, 3 e 4.

Percepção da sexualidade

Tabela 2- Percepções da sexualidade

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto/ Citações
Sexualidade	Percepção da sexualidade	Conceitos	P1: “Amor e relações (...) Sexuais (...)”; “ [relações sexuais] O homem e a mulher.”; “Também pode ser namorar.”; “O amor por nós próprios.”.
			P2: “Sim, é poder fazer relações sexuais.”; “ (...) ter filhos.”; “Sim [relação entre os órgãos sexuais e sexualidade] ”; “Ter um namorado é ter uma vida normal, ser mulher adulta, cuidar dos filhos numa casa, ser dona de casa, tratar da casa (...)”; “Tem a ver com ter namorado, gostar de outra pessoa.”; “Um homem só pode namorar com uma mulher.”.
			P4: “ (...) é uma coisa entre a mulher e o... [homem].”; “É onde pode engravidar uma mulher, é a mulher fazer relações sexuais com o homem.”; “ (...) eu estou em casa e tenho um namorado, eu posso ter uma relação sexual.”; “ (...) ele começou-se a vestir de mulher (...)”; “ [existência de relação entre os métodos contraceptivos e a sexualidade] - Sim, acho que sim. É por sermos mulheres.”; “ [o beijo] – Sim.”.
			P10: “ (...) as relações sexuais (...)”; “ (...) dar beijos na boca, apalpar (...)”; “ [sentimento por outra pessoa: amor e carinho] – Sim.”.
			P11: “Sexualidade pode ser sexo [relações sexuais].”; “É. [relações sexuais apenas entre o homem e a mulher].”.

			<p>P12: “A sexualidade é o amor entre um rapaz e uma rapariga.”.</p> <p>P13: “Sim. [menstruação, ISTs e cuidados de proteção, órgãos e células do corpo] ”; “(…) saber cuidar do bebé (...) [papel da mulher enquanto mãe] É isso.”; “ [namorar] –Está.”; “ [relacionamentos homoafetivos] Pode acontecer, eu acho que sim.”; “(…) ser gay ou lésbica não pode impedir de decidir adotar um filho.”.</p>
--	--	--	--

As respostas obtidas enquadraram-se em dois grandes grupos. No primeiro, inseriram-se as seis entrevistadas que não souberam dar resposta às questões realizadas, por desconhecerem o tema. No segundo grupo, inseriram-se as restantes sete participantes que foram capazes de conceitualizar o tema. Apesar da dificuldade notória em expressar as suas conceções, pela complexidade da temática, foi possível alocar os conceitos que as participantes mencionaram em diferentes áreas.

A sexualidade foi associada à componente biológica por duas participantes, sendo que uma (P₂) direcionou para as características biológicas que diferenciam o homem da mulher (caracteres sexuais), fazendo referência à função do órgão sexual feminino na vertente do prazer, e outra (P₁₃) focou o período menstrual.

P₂: “Sim [relação entre os órgãos sexuais e sexualidade].”

P₁₃: “Sim. [menstruação,...] ”

No que se refere aos papéis de género, esta área foi mencionada por duas participantes. Ambas focaram o papel desempenhado pela mulher, mencionando-a como cuidadora, tanto a nível da maternidade (P₂ e P₁₃) como do domicílio (P₂). Uma das participantes (P₁₃) realçou também a possibilidade de existirem relacionamentos homoafetivos e, estes, não serem impeditivos, no que ao desempenhar dos papéis de parentalidade diz respeito.

P₂: “Ter um namorado é ter uma vida normal, ser mulher adulta, cuidar dos filhos numa casa, ser dona de casa, tratar da casa (...)”

P₁₃: ““(…) saber cuidar do bebé (...) [papel da mulher enquanto mãe] É isso.”

P₁₃: “ (..) ser gay ou lésbica não pode impedir de decidir adotar um filho.”

Na vertente da identidade de género, uma participante (P₄) apresentou uma situação onde manifestou a expressão de género como parte integrante e natural da sexualidade.

P₄: “ (..) ele começou-se a vestir de mulher (...)”

Relativamente à orientação sexual, todas as participantes referiram que a sexualidade se baseia na atração afetiva e/ou sexual, pelo outro, sendo que uma (P₁₃) realçou a possibilidade de existirem relacionamentos hétero e homoafetivos e, cinco (P₁, P₂, P₄,

P₁₁ e P₁₂), mencionam a exclusividade dos relacionamentos existirem entre pessoas de sexos diferentes, negando a possibilidade do conceito de homossexualidade.

P₁₃: “[relacionamentos homoafetivos] Pode acontecer, eu acho que sim.”

P₁: “[relações sexuais] O homem e a mulher.”

P₂: “Um homem só pode namorar com uma mulher.”

P₄: “ (...) é uma coisa entre a mulher e o... [homem].”

P₁₁: “ É. [relações sexuais apenas entre o homem e a mulher].”

P₁₂: “A sexualidade é o amor entre um rapaz e uma rapariga.”

No estudo realizado por Vieira e Coelho (2014), executado com pessoas com incapacidade ligeira ou incapacidade moderada, verificou-se que os participantes focaram os seus conceitos de sexualidade na categoria do relacionamento entre o homem e a mulher, relacionando a sexualidade com a relação erótica ou afetiva heterossexual. Nesta mesma linha, os participantes do estudo de Maia (2016) remeteram as suas respostas para uma visão heteronormativa da sexualidade.

Na esfera da intimidade, onde também todas as entrevistadas incluíram as suas respostas, realçaram-se os relacionamentos sexuais, afetivos e amorosos. Cinco (P₁, P₂, P₄, P₁₀ e P₁₁), direcionaram a sexualidade para as relações sexuais e uma (P₄) deu a perceber que a envolvimento sexual estava correlacionada com as relações de namoro.

P₁: “ (...) relações (...) Sexuais (...) ”

P₂: “Sim, é poder fazer relações sexuais.”

P₄: “ (...) é a mulher fazer relações sexuais com o homem.”

P₁₀: “ (...) as relações sexuais (...) ”

P₁₁: “Sexualidade pode ser sexo [relações sexuais].”

P₄: “ (...) eu estou em casa e tenho um namorado, eu posso ter uma relação sexual.”

Houve a referência a manifestações afetivas (P₁, P₂, P₁₀ e P₁₂) (gostar, carinho e amor), realçando-se o amor pelo outro e pelo próprio, e relacionais (P₁, P₂ e P₁₃) (namorar).

P₁: “Amor (...)”

“ O amor por nós próprios.”

P₂: “ (...) gostar de outra pessoa.”

P₁₀: “[sentimento por outra pessoa: amor e carinho] – Sim.”

P₁₂: “A sexualidade é o amor entre um rapaz e uma rapariga.”

P₁: “Também pode ser namorar.”

P₂: “Tem a ver com ter namorado (...)”

P₁₃: “[namorar] – Está.”

Apenas uma entrevistada (P₁₃) relacionou a sexualidade com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), nomeadamente na esfera da proteção/cuidados. Duas mulheres (P₄ e P₁₀) mencionaram o beijo como manifestação de prazer ligada a sexualidade.

P13: “Sim. [... ISTs e cuidados de proteção, órgãos e células do corpo].”

P4: “ [o beijo] – Sim.”

P10: “ (...) dar beijos na boca, apalpar (...).”

A área reprodutiva foi mencionada por duas participantes, sendo que uma (P₄) deu ênfase ao processo gravídico por parte da mulher, assim como à contraceção como forma de prevenção de gravidezes, citando apenas os métodos femininos. Já a outra (P₂), focou o conceito de parentalidade, nomeadamente a possibilidade de ter filhos.

P4: “É onde pode engravidar uma mulher (...).”

“ [existência de relação entre os métodos contraceptivos e a sexualidade] - Sim, acho que sim. É por sermos mulheres.”

P2: “ (...) ter filhos.”

Ao abordar as conceções que as participantes possuíam sobre o tema, foi notório que o seu discurso era superficial, não sendo possível, para elas, explorar muito os aspetos apresentados. Este facto vai ao encontro de outros estudos elaborados, onde os autores concluíram que os conhecimentos dos jovens entrevistados eram redundantes, incompletos (Maia & Camossa, 2002; Morales & Batista, 2010 como referido por Maia, 2016) e superficiais (Pereira, 2013). Corroborando os resultados do estudo de Maia (2016), apesar de ter existido alguma abordagem ou orientação para a sexualidade, notou-se dificuldade em abordar os conceitos, demonstrando um conhecimento precário e uma visão bastante restritiva da sexualidade.

Conhecimentos sobre a sexualidade

Tabela 3- Aquisição de conhecimentos sobre sexualidade

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto/ Citações
Sexualidade	Conhecimentos sobre a sexualidade	Fontes de aquisição de conhecimentos	P1: “Na escola (...) estudei na escola [com os professores].”; “ [pesquisas na internet] - Sim.”
			P2: “(...) ouvi falar. Aprendi sozinha.”; “ (...) com os enfermeiros.”
			P4: “Estudei sobre o tema na escola.”
			P10: “ (...) eu ia ao Centro de Saúde (...) tive umas consultas (...) acompanhamento de jovens.”; “Eu uso [utilização da internet] (...) Obtenho informação.”
			P11: “Olhe, aprendi.”; “Às vezes falo [com os enfermeiros].”
			P12: “Foi nas aulas (...).”; “Vou ter com alguma pessoa amiga (...) e com outros [colaboradores e enfermeiros].”

		<p>P13: “Foi por um trabalho de pesquisa (...) através do computador.”; “Tivemos aulas sobre a sexualidade.”; “Fui a <i>dossiers</i> e livros.”.</p>
	Integração de conhecimentos	<p>P13: “ (...) o que é o perigo da sida, sobre o que é ter o período, os cuidados que devemos ter com a sida (...) de proteção, para não apanharmos doenças.”; “ (...) devemos ter cuidado porque podemos ficar doentes e nunca mais poder ter filhos.”.</p>

Litting et al. (2012), consideram que uma das origens do preconceito se encontra centrada na falta de informação que existe, no que se refere às potencialidades, desejos e dificuldades da pessoa com incapacidade (como referido por Puga e Ruzzi- Pereira, 2020). Ou seja, muitas vezes a ausência de saberes relacionados com a forma de abordar a temática, faz com que os conhecimentos transmitidos sejam superficiais ou desadequados. No entanto, esta é uma tarefa que compete à família, aos educadores e aos profissionais que estão envolvidos nos cuidados à pessoa com incapacidade e, por isso, deve ser concretizada na base familiar e ser ampliada ao longo da vida (Cabral, Moura & Moura como referido por Puga e Ruzzi- Pereira, 2020).

De acordo com os resultados apresentados, mais de metade das entrevistadas mencionou o aparecimento de dúvidas no seu dia-a-dia. Os colaboradores da instituição são os mais citados, quando questionadas sobre como esclarecem as suas questões. Tanto as participantes que mencionaram saber sobre o tema, sendo esse facto a justificação para as dúvidas sobre o mesmo, como as entrevistadas, que não manifestaram ter conhecimento sobre o tema, mas que, apesar disso, têm dúvidas sobre outras temáticas, referiram os enfermeiros como fonte principal de apoio e esclarecimento.

Apesar da pessoa de referência ser um profissional de saúde, várias fontes de informação foram citadas pelas participante, sendo que algumas indicaram mais de que uma fonte. Como meio de aquisição de conhecimento, foi possível destacar, a nível da educação formal, quatro participantes (P₁, P₄, P₁₂ e P₁₃) que mencionaram ter ouvido falar sobre a temática em contexto escolar, referindo que a estudaram ou que tiveram aulas sobre a mesma.

P₁: “Na escola (...) estudei na escola [com os professores].”

P₄: “Estudei sobre o tema na escola.”

P₁₂: “Foi nas aulas (...).”

P₁₃: “Tivemos aulas sobre a sexualidade.”

Embora esta seja uma temática que normalmente é abordada em contexto escolar, é de realçar que apenas uma participante (P₁₃) conseguiu relatar de forma pormenorizada

os conteúdos abordados/aprendidos, transmitindo os temas que interiorizou, que refletiam a ideia da sexualidade focada na esfera biológica, com ênfase nas doenças, na sua prevenção e no impacto que estas podem ter a nível reprodutor.

P₁₃: “ (...) o que é o perigo da sida, sobre o que é ter o período, os cuidados que devemos ter com a sida (...) de proteção, para não apanharmos doenças.”

“ (...) devemos ter cuidado porque podemos ficar doentes e nunca mais poder ter filhos.”

Apesar de existir um foco na abordagem formal, os relatos que foram realizados levam a crer que as perceções destas mulheres são formadas em maioria a partir de observações e aprendizagem informal. Sendo a escola um local de destaque no que diz respeito à aprendizagem, é importante que exista uma abordagem contínua e gradual sobre a temática, assim como é necessário que seja fornecido material adequado a cada grupo-alvo (Vieira & Coelho, 2014), para que o exercício da sexualidade seja o mais responsável possível.

Das mulheres entrevistadas, quatro (P₂, P₁₀, P₁₁ e P₁₂) realçaram a educação não formal como forma de aquisição de conhecimentos.

P₂: “ (...) com os enfermeiros.”

P₁₀: “ (...) eu ia ao Centro de Saúde (...) tive umas consultas (...) acompanhamento de jovens.”

P₁₁: “Às vezes falo [com os enfermeiros].”

P₁₂: “ (...) e com outros [colaboradores e enfermeiros].”

Uma participante (P₁₀) mencionou ter recebido informações através das consultas de acompanhamento a jovens, que frequentou anteriormente à institucionalização. Mais nenhuma outra participante focou experiências anteriores que lhes permitissem adquirir conhecimentos.

Sendo os profissionais de saúde e os colaboradores da instituição os cuidadores diretos desta população, e dado que se verificou ser o grupo com menos referências no que à aquisição de conhecimentos diz respeito, é pertinente realçar a importância de dar uso aos saberes que estes possuem. Não só pelo contacto privilegiado que têm com este grupo populacional, mas também pelo facto de serem detentores de conhecimentos mais avançados, estes profissionais são um alvo importante, para possibilitar que sejam erguidos espaços de educação, reflexão, escuta ativa e acompanhamento. De acordo com Pereira (2013), estes técnicos são agentes educativos portadores de formação académica e pedagógica, que lhes facilita uma abordagem objetiva, diretiva e isenta de preconceitos. Nesta linha de pensamento, e sabendo que as pessoas com incapacidade intelectual devem ser sujeitas a sessões contínuas, como reforço para manter os conhecimentos ou competências adquiridos, devido à maior dificuldade em reter as aprendizagens (Schaafsma, Kok, Stoffelen e Curfs, 2016), é importante realçar esta

premissa, aproveitando os recursos que estão disponíveis. Só assim se conseguirão orientações adequadas para o exercício saudável da sexualidade, incluindo nas mesmas os afetos, as relações e as alterações naturais da conduta humana (Puga e Ruzzi- Pereira, 2020).

No que respeita à educação informal, as novas tecnologias são os meios mais utilizados para explorar a temática. A utilização do computador para pesquisa de informações foi mencionada por três participantes (P₁, P₁₀ e P₁₃).

P₁: “[pesquisas na internet] - Sim.”

P₁₀: “Eu uso [utilização da internet] (...) Obtenho informação.”

P₁₃: “Foi por um trabalho de pesquisa (...) através do computador.”

Para além do computador, uma (P₁₃) fez referência aos livros e duas (P₂ e P₁₁) adquiriram conhecimentos de forma autodidata.

P₁₃: “Fui a *dossiers* e livros.”

P₂: “(...) ouvi falar. Aprendi sozinha.”

P₁₁: “Olhe, aprendi.”

De verificar, contrariamente ao que é relatado nos estudos analisados, a família não aparece como fonte de apoio na procura de informação por parte destas participantes. Segundo Pereira (2013), os pares também são citados como meio de aquisição de informação, uma vez que há reconhecimento e interesses em comum, todavia, nesta investigação, apenas uma mulher (P₁₂) referiu partilhar esta temática com amigos.

P₁₂: “Vou ter com alguma pessoa amiga (...).”

A educação informal é a forma mais recorrente para obter informações. Este resultado vai de encontro ao estudo de Vieira e Coelho (2014) e Maia (2016), pois verificou-se que os conhecimentos adquiridos são obtidos maioritariamente de forma informal, considerando-se esse facto como insuficiente.

A existência de dúvidas e a necessidade de procurar respostas é indicativo de que as mulheres têm interesse na aprendizagem. No entanto, apesar destas estarem em contacto com a temática no seu dia-a-dia, a forma como a informação chega até elas não é suficiente. Desta forma, os dados corroboram o estudo de Vieira e Coelho (2014), reforçando a necessidade de aumentar o acesso à informação para esta população. A captação de informação válida será importante não só para promover vivências satisfatórias e em pleno, como também para que a população fique esclarecida, evitando riscos, favorecendo comportamentos socialmente aceites, anulando aqueles que levem a práticas não responsáveis, não conscientes e não desejadas. É imperativo perceber que as vivências da sexualidade devem ser bem orientadas para favorecer o

equilíbrio afetivo e emocional, promover a autoestima e os contactos interpessoais saudáveis (Pereira, 2013).

Salienta-se nesta subcategoria que os métodos de educação formais são menos mencionados que os métodos de educação informal. Sendo os meios de comunicação, nomeadamente o computador/internet, prevalentes nos relatos destas mulheres, leva à reflexão sobre os conteúdos que são fornecidos por estes, tentando perceber-se se podem levar à construção de conhecimento e reflexões que promovam vivências saudáveis da sexualidade (Vieira & Coelho, 2014).

Vivências da sexualidade

Tabela 4- Vivências da sexualidade

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto/ Citações
Sexualidade	Vivências da sexualidade	Componente biológica	<p>P2: “Já tive relações sexuais com um rapaz.”; “ (...) ele deitou esperma (...)”.</p> <p>P4: “ (...) também já fiz [relações sexuais].”.</p> <p>P10: “Eu já tive [relações sexuais].”</p> <p>P11: “ (...) quando estou com o período.”.</p> <p>P13: “Eu tenho o período (...)”.</p>
		Componente psicológica e relacional	<p>P1: “Já [namorar]. Antes de vir para aqui.”; “Gosto de viver sozinha. (...) Sinto-me bem assim.”; “ [abordar o tema no dia-a-dia] Aqui não (silêncio).”.</p> <p>P2: “ (...) Não [namorado atual], mas gostava de ter.”; “ (...) eu estou apaixonada pelo S.”; “Eu tive um namorado (...)”; “Sim [abordar o tema no dia-a-dia].”; “Mas eu queria engravidar e ter um filho (...)”; “ (...) Mas gostava de fazer [relações sexuais], mas o meu medo é ficar grávida se me obrigarem a ter relações que eu não quero.”.</p> <p>P4: “Nunca mais tive [relações sexuais]. Nem quero ter nada.”. “Não [abordar o tema no dia-a-dia].”; “ (...) com um namorado [prática de relações sexuais].”.</p> <p>P10: “Eu às vezes tenho vergonha de falar disso [sexualidade] e então não falo.”; “Eu gosto de uma pessoa.”.</p> <p>P11: “ [abordar o tema no dia-a-dia] Pouco (...) às vezes falo.”.</p> <p>P12: “ [Abordar o tema no dia-a-dia] Mais ou menos (...) Evito [por vergonha].”.</p> <p>P13: “Porque eu não tenho prazer em falar sobre isto [sexualidade].”; “ (...) gosto de rapazes.”.</p>

		Componente ética e sociocultural	<p>P2: “ (...) Ele abusou de mim. (...) Obrigou-me a fazer...a ter relações sexuais. E eu não quero.”; “(...) quando a minha madrinha soube [namorado] ficou chateada comigo.”; “ Agora tomo [pílula] (...)”.</p> <hr/> <p>P4: “Ele tentou abusar de mim.”; “Já tive um implante”; “Tomo a pílula...”; “(...) eu levava injeções na nádega para não me vir o período (...)”; “(...) começou a beijar-me e a despir-me. (...) ele mandou-me calar, se não batia-me (...) ele queria-me fazer mal.”; “Quando eu fui tomar banho ele abriu a porta e viu-me nua.”.</p>
--	--	----------------------------------	--

O direito à informação e o direito de oportunidades é transversal a qualquer pessoa. Com estes, os cidadãos serão livres para refletir sobre os seus valores, sentimentos e preconceitos, conseguindo formar as suas conceções e agir de forma autónoma e consciente (Altmann, 2013; Nardi, 2008 como referido por Vieira & Vieira, 2015). De acordo com Denari (2010), as manifestações da sexualidade devem ser compreendidas “como um processo amplo, natural, inerente ao ser humano (...)” (p. 50). Ao ser feita a leitura, tendo por base este princípio, encontra-se mais facilitado o processo de explorar e compreender as vivências da pessoa com incapacidade.

Dentro desta categoria, emergiram três subcategorias onde foram agrupadas as citações das várias participantes.

- Componente biológica

As vivências da sexualidade assentam, claramente, nesta dimensão, não podendo ser entendida sem o realce da mesma.

Das participantes entrevistadas, três (P₂, P₄ e P₁₀) direcionaram as suas vivências para a componente do prazer, referindo já terem tido relações sexuais, sendo que uma (P₂) deu ênfase à resposta sexual que existiu na fase do orgasmo, durante o ato sexual, tendo consciência de que esta pode ter consequências ao nível da reprodução.

P₂: “Já tive relações sexuais com um rapaz.”

P₄: “ (...) também já fiz [relações sexuais].”

P₁₀: “Eu já tive [relações sexuais].”

P₂: “ (...) ele deitou esperma (...)”

Dois mulheres (P₁₁ e P₁₃) fizeram referência ao período menstrual como parte integrante das suas vivências no âmbito da sexualidade.

P₁₁: “(...) quando estou com o período.”

P₁₃: “Eu tenho o período (...)”

As vivências sexuais referidas fazem parte do passado destas mulheres, pois nenhuma fez referência a experiências atuais. Apesar da maioria destas mulheres ter consentido as suas experiências sexuais, é importante que estas estejam capacitadas e conscientes das suas necessidades, desejos e limites, de forma a evitar experiências negativas (Bruder & Kroese, como referido por Schaafsma et al., 2016) e, neste caso, todas demonstraram coerência no que se refere às suas vontades nesta esfera biológica.

- Componente psicológica e relacional

A dimensão psicológica da sexualidade, aqui associada a expressão de emoções, sentimentos e atitudes pessoais, revela um carácter construído e ligado à aprendizagem da sexualidade. Esta mostra como a sexualidade transcende a visão centrada na componente biológica.

De acordo com Glat (2004) e Freitas (1996), as pessoas com incapacidade intelectual possuem capacidades para expressar as suas emoções, desejos e sentimentos (como referido por Maia, 2016). Apesar de existir um foco primordial direccionado para a dimensão biológica, as mulheres entrevistadas foram capazes de se debruçar sobre esta vertente psicológica. As participantes que mencionaram vivências nestas dimensões conseguiram expressar os seus sentimentos de amor pelo outro (P₂ e P₁₀), de bem-estar pessoal (P₁), de presença (P₂) ou ausência (P₄) do desejo por intimidades sexuais e vontade de reprodução (P₂), com consciência do que essa responsabilidade acarreta, nomeadamente a nível económico e educacional.

P₂: “ (...) eu estou apaixonada pelo S.”

P₁₀: “Eu gosto de uma pessoa.”

P₁: “Gosto de viver sozinha. (...) Sinto-me bem assim.”

P₂: “ (...) Mas gostava de fazer [relações sexuais] (...).”

P₄: “Nunca mais tive [relações sexuais]. Nem quero ter nada.”

P₂: “Mas eu queria engravidar e ter um filho (...).”

Apenas uma participante (P₂) fez referência ao medo de engravidar, no caso de ocorrer uma relação sexual não consentida.

P₂: “ (...) mas o meu medo é ficar grávida se me obrigarem a ter relações que eu não quero.”

Apesar de anteriormente terem sido abordados os relacionamentos homoafetivos, as mulheres que manifestaram já terem estado envolvidas em relacionamentos no passado, atração por alguém ou sentimentos de amor pelo outro, focaram sempre o sexo oposto.

P₁₃: “ (...) gosto de rapazes.”

As manifestações apresentadas de relacionamentos passados, vontades presentes, afetos, medos e desejos, nas suas vivências e perante o outro, demonstra que estas experiências são geradoras de sentimentos para estas mulheres, assim como para pessoas que não têm esta patologia, indo de encontro aos estudos de Lipp (1986), Vieira e Coelho (2014) e Maia (2016). Também Maia (2016), concluiu que os participantes do seu estudo têm vontades e capacidade de se expressarem sobre desejos ou não de uma vida conjugal e familiar no futuro, demonstrando responsabilidade, conhecimentos reais e capacidade em realizar essas escolhas de forma autónoma, verificando-se maturidade e escolhas conscientes.

Outro sentido sobre as vivências da sexualidade centra-se na dimensão relacional. Esta compreende os compromissos e as relações sociais, podendo verificar-se que o reconhecimento do outro é importante, assim como a existência de partilha e intimidade. Das entrevistas analisadas, em três (P₁, P₂ e P₄) verificou-se que as participantes estiveram envolvidas em relacionamentos de namoro anteriores à entrada na instituição, mas nenhuma manifestou ter algum relacionamento atual, apenas uma (P₂) referiu interesse e vontade de namorar.

P₁: “Já [namorar]. Antes de vir para aqui.”

P₂: “Eu tive um namorado (...).”

P₄: “ (...) com um namorado [prática de relações sexuais].”

P₂: “ (...) Não [namorado atual], mas gostava de ter.”

Esta manifestação de interesse e compromisso para com o outro é referenciada em outros estudos, que se debruçaram sobre a temática. Puga e Ruzzi- Pereira (2020) comprovaram com o seu estudo, aplicado a pessoas com incapacidade intelectual, que os participantes experienciaram relacionamentos afetivos, fazendo referências aos envolvimento entre o casal e desejos de partilha de uma vida em conjunto.

Um aspeto que se destacou com a organização dos conteúdos das entrevistas e que é importante realçar, foi a abordagem desta temática, por parte das mulheres, no seu dia-a-dia. Apenas uma mulher (P₂) afirmou falar desta temática sem existência de barreiras e, outra (P₁₁), referiu que por vezes esclarece dúvidas com os enfermeiros da instituição.

P₂: “Sim [abordar o tema no dia-a-dia].”

P₁₁: “[abordar o tema no dia-a-dia] Pouco (...) às vezes falo.”

Cinco das entrevistadas mencionaram não abordar esta temática, sendo por vergonha (P₁₀ e P₁₂), por insatisfação (P₁₃) ou sem querer apresentar alguma justificação (P₁ e P₄).

P₁₀: “Eu às vezes tenho vergonha de falar disso [sexualidade] e então não falo.”

P₁₂: “[Abordar o tema no dia-a-dia] Mais ou menos (...) Evito [por vergonha].”

P₁₃: “Porque eu não tenho prazer em falar sobre isto [sexualidade].”

P₁: “ [abordar o tema no dia-a-dia] Aqui não (silêncio).”

P₄: “Não [abordar o tema no dia-a-dia].”

Com estas intervenções, foi notório que as participantes não são estimuladas a falar sobre sexualidade na instituição, ficando a abordagem deste assunto excluída das suas atividades de vida diária. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Chagas e Fernandes (2018), onde as autoras constataram que a maioria dos intervenientes apresentou dificuldade em abordar os vários temas relacionados com a sexualidade, com os seus responsáveis. Corroboram, também, o estudo de Campelo et al. (2019) e realçam a pertinência dos profissionais, que convivem com estas mulheres, refletirem sobre as escassas abordagens que são feitas e planearem intervenções que vão ao encontro dos sentimentos e necessidades destas pessoas.

Assim, uma vez que foi nesta dimensão que se desenvolveu mais conteúdo, através das respostas dadas, é possível afirmar que as participantes têm consciência das suas vivências numa vertente emocional, relacional e de compromisso. Estas conclusões são o espelho de que as pessoas com incapacidade possuem desejos e práticas comuns à população sem incapacidade diagnosticada, mostrando que estes dependem das suas oportunidades e não da sua patologia. Deste modo, dever-se-á incluir estes temas, de forma mais marcada e aberta, no quotidiano destas pessoas.

- Componente ética e sociocultural

A sexualidade proporciona o encontro com o outro, o que compreende a possibilidade da existência de relações interpessoais socialmente aceites. As normas que socialmente regulam o exercício da sexualidade têm vindo a sofrer alterações, no entanto, são essencialmente transmitidas pela família, escola e grupos sociais. O facto de existirem internamentos, ou o facto destas pessoas se encontrarem institucionalizadas, pode levar ao seu isolamento, impedindo-as de conviver com pares. Neste seguimento, estes grupos acabam, por vezes, por lhes retirar o direito de viver de acordo com as suas ideias, valores e necessidades para com o outro, impondo-se muitas vezes de forma hierárquica (Denari, 2010).

Os comportamentos sociais vão, assim, muito além da esfera privada, realçando a visão construída e localizada. Emergiu dentro desta dimensão a desvalorização da vivência da sexualidade, assente em valores comuns aos membros da sociedade, uma vez que se verifica desrespeito pela dignidade humana e privação das suas vontades. Sabe-se que esta população está mais sujeita a abusos sexuais, pela sua incapacidade de perceber possíveis comportamentos abusadores (OMS como referido por Pereira,

2013), devido às suas características cognitivas e por estarem dependentes de terceiros. Neste sentido, duas mulheres (P₂ e P₄) relataram situações de desrespeito dos direitos humanos, por invasão da privacidade e de abusos sexuais por parte de familiares e parceiros, sendo que uma das participantes (P₄) frisou mais do que uma situação onde ocorreram estas manifestações.

P₂: “ (...) Ele abusou de mim. (...) Obrigou-me a fazer...a ter relações sexuais. E eu não quero.”

P₄: “Ele tentou abusar de mim.”

“ (...) começou a beijar-me e a despir-me. (...) ele mandou-me calar, se não batia-me (...) ele queria-me fazer mal.”

“Quando eu fui tomar banho ele abriu a porta e viu-me nua.”

Resultados semelhantes verificaram-se no estudo realizado por Schaafsma et al., (2016), onde os participantes mencionaram ter experiências de atos de intimidade não consentidos. Como comprovado, esta é uma realidade que se verifica também nesta população. Estas referências exigem uma atuação urgente e uma postura ativa por parte dos cuidadores diretos, para que se evitem exposições a situações de risco. Desta forma, percebe-se, no sentido do estudo de Vieira e Coelho (2014), que a pessoa com incapacidade não pode ser privada de uma educação sexual adequada, criando espaços de partilha de vivências e dúvidas, para que se possa diminuir a exposição a situações de risco. Indo ao encontro da conclusão retirada na categoria anterior, existem lacunas na educação de pessoas com incapacidade intelectual e, por isso, esta deverá ser realizada, em contexto escolar ou não, para que se possa intervir nos variados níveis da vida destas pessoas, no sentido de reduzir a exposição a atos negativos.

Puga e Ruzzi- Pereira (2020), concluíram com a sua investigação, que os entrevistados foram alvo de interações negativas por parte dos seus familiares, no que se refere aos relacionamentos de namoro. Neste estudo, houve relato de uma mulher (P₂) sobre a manipulação psicológica da vivência afetiva, por parte de um familiar direto.

P₂: “ (...) quando a minha madrinha soube [namorado] ficou chateada comigo.”

Realça-se, assim, outra forma de desrespeito e de comprometimento do desenvolvimento da personalidade, uma vez que os impulsos sexuais são essenciais para a formação da personalidade (Waideman como referido por Vieira & Coelho, 2014). No estudo realizado por estas autoras, também se verificou que os entrevistados revelaram ser alvo de informações negativas, relacionadas com a proibição do ato sexual e recriminação das vivências da sexualidade. Nos dados recolhidos por Maia (2016), aparece, igualmente como foco, a negação da sexualidade dos participantes e o controlo que é exercido. Estas ocorrências não permitem uma prática da sexualidade de forma responsável, sustentando comportamentos dependentes e precoces. Assim,

com a evidência destes comportamentos, é necessário perceber se a atuação dos familiares se foca nas falsas premissas de que a pessoa com incapacidade não é responsável nem autónoma, ou se apenas querem ser detentoras de controlo por insegurança e proteção.

Houveram, também, dois relatos (P₂ e P₄) que focam a toma de contraceção oral, nomeadamente a pílula, como forma de prevenção da gravidez. Uma dessas participantes (P₄) focou outros dois métodos contraceptivos que utilizou anteriormente.

P₂: “Agora tomo [pílula] (...).”

P₄: “ Já tive um implante.”

“Tomo a pílula...”

“ (...) eu levava injeções na nádega para não me vir o período (...).”

Ambas as participantes associaram a iniciação da contraceção ao início da vida sexual, fazendo-se notar que pode ter existido influência social nessa escolha e na responsabilidade da vida sexual, pois nenhuma mencionou ter realizado uma escolha esclarecida e de acordo com a sua vontade. Em nenhum relato se verificou a abordagem à utilização dos métodos contraceptivos como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, existindo apenas foco no controlo da natalidade.

Com a análise das diferentes entrevistas e de acordo com vários autores, conclui-se que apesar das vivências destas mulheres há falta de informações e o conhecimento sobre a temática da sexualidade é superficial (Couwenhoven, 2007; Glat, 2004; Glat & Freitas, 1996; Maia e Camossa, 2003 como referido por Maia, 2016). Apesar de serem capazes de falar sobre a temática, é possível perceber, também, que existem fatores que influenciaram as suas experiências e que, possivelmente, provocam desconfortos que tem impacto negativo nas vivências atuais. Foi notória a necessidade de debate e aproximação com a globalidade do tema. Ainda que exista conhecimento, há uma forte evidência que esta temática requer esclarecimento, sendo imperativo um trabalho aprofundado de modo a que estas pessoas tenham as suas vivências abrangidas pelos direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar de nem todas as mulheres serem capazes de relatar conteúdos sobre a temática, por desconhecimento da mesma, todas demonstraram interesse em abordá-la e aprendê-la, de forma a esclarecer dúvidas, conversar sobre necessidades e aumentar conhecimentos. Neste sentido, apontaram estratégias e apresentaram possíveis soluções para obterem informações sobre o tema do estudo e outros de interesse. Como já referido, verificou-se vontade em adquirir conhecimentos e, de acordo com as participantes, momentos como ações de formação, sessões de esclarecimento, aulas, reuniões de grupo, interação entre pares, realização de placares

informativos, visualização de filmes, jogos e atividades de expressão dramática (dança e teatro) seriam estratégias possíveis de adotar. Apenas uma participante (P₁) sugeriu que essas sessões formativas fossem realizadas individualmente, pois considera que é uma estratégia facilitadora e uma forma de se sentirem mais confortáveis perante este tema. Foram também apresentadas algumas temáticas possíveis de abordar (relacionamentos sexuais, amorosos, ...), realçando sempre a possibilidade de serem apresentadas pelos enfermeiros. Uma das mulheres entrevistadas (P₁₂) realçou ainda a importância destes estudos de investigação, para perceber as necessidades desta população e conseguir intervenções adequadas, baseadas nas respostas obtidas pelas entrevistas.

A abertura para a aprendizagem e a predisposição do educador é o ponto de partida para que se construa o conhecimento. De acordo com Vieira e Vieira (2015), é fundamental que as temáticas abordadas estejam de acordo com os interesses dos participantes e que as estratégias utilizadas, os princípios a inculcar e os objetivos a atingir, estejam sempre em parceria com a realidade de cada população e instituição. Assim, conseguir-se-ão momentos de partilha que poderão ser benéficos para todos os intervenientes.

2.4 SÍNTESE CONCLUSIVA

A sexualidade vai mais-além dos nossos conhecimentos, é a manifestação dos nossos comportamentos, sentimentos e atitudes. Enquadra-se na experiência pessoal que nos constrói enquanto sujeitos. De acordo com França-Ribeiro (2012), Gesser e Nuernberg (2014) e Maia (2006) a incapacidade intelectual não é impeditiva de vivenciar a sexualidade, uma vez que esta é própria do ser humano. No entanto, fatores sociais e psicológicos podem ser limitantes, colocando barreiras às vivências da sexualidade (como referido por Maia, 2016), muitas vezes sobrepondo-se a fatores orgânicos.

Nesta fase final é importante efetuar um balanço de todo este trabalho de pesquisa. A elaboração deste documento pretendia dar um contributo para a compreensão da sexualidade em pessoas com incapacidade intelectual, numa população muito específica. Através dos dados recolhidos, idealizava-se a possibilidade de orientar estratégias, de acordo com esta população, para se ampliar o leque de atuação tendo em vista as lacunas observadas.

Apesar de existir uma extensa bibliografia referente à temática da sexualidade e da incapacidade intelectual, verificou-se escassez na oferta bibliográfica aquando da

pesquisa dos dois temas em simultâneo, nomeadamente no que respeita aos estudos realizados em Portugal. Ainda assim, com uma revisão da literatura e clarificação de conceitos no âmbito da “sexualidade” e “incapacidade intelectual”, conseguiu-se uma melhor análise e interpretação dos resultados alcançados com as entrevistas.

Com os dados recolhidos nesta investigação foi possível perceber que as mulheres selecionadas para o estudo, com incapacidade intelectual, não estão totalmente familiarizadas com a temática da sexualidade, uma vez que afirmaram não conhecer o seu significado, ou demonstraram limitações no desenvolvimento das respostas às questões colocadas. Apesar de ser um tema delicado, é importante questionar se o desconhecimento da temática, ou a pouca informação que foi exposta, é derivado a ter existido uma lacuna na transmissão de conteúdos nesta área, ao longo do percurso de vida destas mulheres, ou se as informações partilhadas não foram retidas ou chegaram de uma forma, de certo modo, complexa.

No que respeita a perceção da sexualidade, concluiu-se que há uma tendência maior para focar os conceitos na vertente da intimidade. Todas as entrevistadas mencionaram uma resposta que se enquadrava neste indicador, tanto no que se refere ao vínculo afetivo como na exposição ao outro. O conjunto das várias interpretações apresentadas possibilitou a compreensão do significado da sexualidade para estas mulheres e destaca a importância da educação em saúde sobre tema da sexualidade. Não só os conceitos abordados são predominantes nessa área, como também as vivências partilhadas pelas participantes tiveram maior destaque na dimensão psicológica e relacional. Este facto permite perceber que tendencialmente há um pensamento formado e mais desenvolvido a nível relacional e afetivo.

Ao apresentarem os conceitos, verificou-se que a construção e a aquisição dos conhecimentos foi reduzida, possibilitando compreender que o processo de ensino/aprendizagem se revelou limitado. Perante os resultados alcançados é pertinente questionar as informações que são transmitidas a este grupo populacional e perceber o porquê de o privar de uma educação que o mantenha informado e esclarecido.

Tendo por base os resultados obtidos, no que se refere às vivências, notou-se que estas mulheres possuem vontades, indo à procura de vivências da sexualidade. Sabendo-se que, apesar da limitação existente em verbalizar conceitos sobre a sexualidade, as pessoas com incapacidade intelectual são sexuadas e as suas vivências são semelhantes às das pessoas sem incapacidade (Anderson, 2000; França-Ribeiro, 2012; Glat, 2004; Gherpelli, 1995; Maia, 2006; Schorn, 2005 como referido por Maia, 2016), é impossível negar a sexualidade e os comportamentos que a esta estão associados. Ao

fazê-lo, podem ser promovidas ações indevidas, alterações da autopercepção e comportamentos sociais descontextualizados.

A sexualidade desenvolve-se através da interação. Educar para a sexualidade pretende incluir informação adequada a cada faixa etária, conteúdos com fundamento científico e preciso e questões de não discriminação e igualdade (OMS, 2015). Com a análise pôde-se concluir que, apesar das participantes terem acesso a meios para adquirir informação, com algumas limitações e restrições ao espaço onde estão inseridas, o conteúdo que possuem é bastante limitado. Apesar de todas as mulheres terem alcançado algum grau de escolaridade, a educação formal não foi citada por todas as entrevistadas, como fonte de aquisição de conhecimentos sobre o tema, mostrando, assim, a necessidade de investir na educação. Sendo a educação não-formal uma ferramenta de aprendizagem e os profissionais de saúde um elo de ligação para o conhecimento, é importante aumentar a informação que chega a estas mulheres e garantir que esta é retida. A escassez de conhecimentos verificada pode estar, presumivelmente, interligada com a forma negativa como estas vivenciam e percebem a sexualidade.

Apesar da forma para explorar os conhecimentos ter sido uma entrevista semiestruturada, as participantes demonstraram possuir escassa informação sobre o tema. Isto realça, não só a importância de explorar estes conteúdos em contexto institucional e durante o percurso escolar destas pessoas com necessidades especiais, como também a necessidade de efetuar novos estudos de investigação com estas populações, de forma a efetuar um levantamento de dados fidedigno, corrigir lacunas, intervir direcionando as intervenções para as necessidades da população-alvo e promover um caminho favorecedor da reorganização pessoal.

Por fim, foi notória a distância existente entre o cuidado das pessoas com incapacidade e a abordagem da sexualidade. A maioria afirmou que não abordava conteúdos relacionados com o tema, no seu dia-a-dia, com os cuidadores diretos, por desconforto em falar sobre a temática. Este facto leva à percepção de que não se verifica iniciativa para explorar estas áreas, por parte dos profissionais e familiares. De acordo com a fundamentação teórica, são imprescindíveis intervenções terapêuticas e atividades educativas, para direcionar as vivências destas pessoas de forma saudável e fundamentada, trabalhando para minimizar os preconceitos.

Em suma, os resultados alcançados com este estudo corroboram os dados de estudos anteriormente já realizados, onde os intervenientes foram pessoas com incapacidade intelectual. Como pontos comuns a esses estudos, salienta-se a compreensão

generalizada da temática da sexualidade, a exposição a uma educação simplista e as vivências carenciadas de conhecimentos sólidos da realidade.

Dar continuidade a este tipo de estudos e investigar estratégias viáveis junto da população com necessidades especiais, trará contribuições relevantes e permitirá a implementação de programas eficazes, personalizados e adaptados, que influenciem as capacidades, os conhecimentos e os comportamentos. Estes, serão essenciais para educar com base nas potencialidades e capacidades destas pessoas, excluindo o foco na diferença e nas dificuldades. De acordo com Morris, a implementação de programas poderá contribuir para que as pessoas expressem “as suas ideias, emoções, valores, questionamentos e preocupações. Programas que são bem projetados e implementados podem melhorar o conhecimento, atitudes e habilidades” (como referido por OMS, 2015, p. 48). Apesar de ser fundamental apostar em programas de educação para pessoas com incapacidade intelectual ou incentivar a que este tema seja abordado no seio familiar, é crucial que exista uma mudança de mentalidades e consciencialização da sociedade no que se refere ao direito que estes cidadãos têm a viver a sexualidade (Pereira, 2013).

Com a realização de um estudo qualitativo e pelo facto de a amostra ter sido recolhida de acordo com a conveniência da investigadora, a intencionalidade de estudar um grupo em particular e um objetivo em específico, impossibilita a generalização dos resultados para a população em geral. No entanto, sabe-se que os métodos qualitativos realçam a importância do “saber” e da “experiência” dos sujeitos que fazem parte da investigação (Fortin, 2009). Por isso, dá-se maior relevo aos dados válidos e completos que se conseguem obter, do que perceber se a amostra é representativa da população. No entanto, as entrevistas obtidas mostram que há convergência com a literatura consultada e que os dados corroboram os resultados obtidos em outros estudos já realizados.

A pouca experiência na área de investigação pode ter sido um obstáculo na condução das entrevistas. O alcance de respostas mais completas e explicativas do tema em questão foi influenciado pelo limite populacional e pela recolha de dados, restrita a uma instituição. Assim, alcançou-se uma representatividade desta população em concreto, que se apresenta como síntese do universo social que representa, mas não sendo possível generalizar os resultados.

Os resultados alcançados revelaram-se superficiais, devido ao facto de ter sido abordada a generalidade do tema. Ao ser utilizada uma entrevista semiestruturada, onde constavam questões abertas, permitiu uma recolha de dados variada sobre alguns

dos pontos abordados, o que pode ter dificultado a categorização e organização das respostas, uma vez que estas estão condicionadas pela subjetividade e interpretação do investigador. É também necessário realçar que a abordagem deste tema é delicada e requer um tratamento especial, por invadir a intimidade de cada pessoa. Por isso, foi essencial respeitar os tempos de resposta de cada participante, estar atenta para a necessidade de adequar as perguntas e validar as respostas obtidas, pois as mulheres entrevistadas apresentaram ao longo da entrevista frases curtas e nem sempre objetivas, manifestando algumas dificuldades de compreensão.

Sugere-se, para futuras investigações, o investimento em estudos de carácter qualitativo de forma a perceber e ampliar conhecimentos nesta área, para assim dar melhores respostas aos cuidados que incidem nestas populações. Diversificar os contextos e os grupos, nomeadamente com populações masculinas, poderá contribuir para alargar os resultados alcançados. No entanto, devido às características desta população, é essencial focar e limitar a incidência dos estudos. A realização de novos estudos que se foquem especificamente na análise das competências das pessoas com incapacidade intelectual em relação à sexualidade, poderão ser úteis para enaltecer essas pessoas como cidadãos de direitos.

A inclusão de programas educativos deverá ser sempre um objetivo a longo prazo. Deve-se incluir na educação, correspondente a cada grupo e faixa etária, informação científica e credível. No que se refere à sexualidade como um aspeto da vivência humana, dever-se-á abranger temáticas como a não discriminação, a equidade, a segurança e o respeito dos direitos da outra pessoa. A existência de programas, poderá contribuir para a construção de boas práticas e permitir que as pessoas possam expressar as suas ideias e preocupações, de forma a melhorar os seus conhecimentos e atitudes (OMS, 2015). Assim, conseguir-se-á formar os grupos-alvo com conhecimentos corretos, para que possam exercer práticas responsáveis e tomar decisões informadas. Desta forma, é importante que esses programas abranjam a educação de pessoas com incapacidade intelectual, mas, também, é essencial formar profissionais competentes e cuidadores informados nesta área, para que seja possível transmitir as informações adequadas e obter conhecimento fundamentado, isento de juízos e preconceitos, em benefício de uma sociedade inclusiva.

CONCLUSÃO

Ao finalizar este relatório torna-se imperativo efetuar uma síntese conclusiva deste documento. Ao longo da primeira parte do documento foi possível espelhar as oportunidades de aprendizagem e refletir sobre as competências que acompanham o percurso profissional do/a EESMO. Com a segunda parte houve a possibilidade de clarificar conceitos como “Sexualidade” e “Incapacidade Intelectual” e explorar as percepções e as vivências das mulheres que foram escolhidas, como público-alvo do estudo de investigação. Desta forma, é possível afirmar que os objetivos apresentados inicialmente foram atingidos com o desenvolvimento do documento.

Com o terminar deste trabalho e fazendo uma retrospectiva de todo o percurso, é possível afirmar que os estágios que integraram este curso de Mestrado foram uma oportunidade única para aprender e aperfeiçoar as técnicas através da experiência, aprofundar os conhecimentos e as competências comuns e específicas do/a EESMO. Para melhor usufruir das oportunidades de ensino, foi necessário adotar o método de procura de experiências, realizando pesquisas contínuas sobre diferentes temáticas, e ter sempre presente a curiosidade e a necessidade de aumentar os conhecimentos. A proximidade com as realidades de intervenção, inerentes a esta área, permitiram adquirir uma percepção real e o aperfeiçoamento da prática baseada na evidência.

Com esta reflexão houve a possibilidade de espelhar as aprendizagens e as atividades que contribuíram para adquirir as competências esperadas para ser um/a EESMO. A prestação de cuidados de excelência ao ser humano e possibilidade de capacitá-lo no que este faz de melhor, contribuíram para que este percurso fosse um marco importante, tanto a nível pessoal, como profissional.

A regência da prática de acordo com os princípios da humanização esteve sempre presente como princípio fundamental para o exercício de funções, de modo a empoderar a mulher ao longo do seu ciclo vital.

Através da componente de investigação, percebeu-se que a sexualidade é parte integrante da expressão humana, singular na sua caracterização individual e permite que cada pessoa lhe atribua um sentido diferente. Para Pereira (2013), esta é considerada uma dimensão natural e fundamental da natureza humana, ou seja, é “uma energia viva do ser humano que lhe permite exprimir afetos, descobrir-se a si próprio e descobrir os

outros” (p. 68). Esta problemática remete para o desenvolvimento do ser humano e para a complexidade da sua essência. Abordar a temática da sexualidade é algo complexo, uma vez que as pessoas a percebem e vivenciam de forma distinta. O estudo desta temática, conjugada com a incapacidade intelectual, é importante para eliminar estigmas e preconceitos, que dão origem a comportamentos protetores e atitudes repreensivas, e para facilitar uma abordagem isenta de marcos sociais, tendencialmente conservadores ou normativos.

Com a realização deste documento foi possível aprofundar as diferentes temáticas. Percebeu-se que o significado de sexualidade é amplo e, ao associá-lo à incapacidade, torna-o mais sensível pelo pouco envolvimento e conhecimento sobre as temáticas em conjunto. Assim, com o terminar deste trabalho, é possível afirmar que os objetivos que eram previstos alcançar com a investigação, foram atingidos, uma vez que se obtiveram dados sobre os conceitos e vivências da sexualidade, das mulheres que manifestaram possuir informação sobre a temática. Da análise dos dados recolhidos tornou-se clara a necessidade de se formarem equipas capazes de focar esta área na prestação de cuidados.

Em síntese, este estudo foi importante para conhecer as percepções desta população em específico, relativamente a esta temática e a forma como reconhecem as suas vivências nesta área. Foi possível concluir que os conhecimentos são reduzidos ou inexistentes, o que influencia o reconhecimento das manifestações das suas vivências, e que as mulheres na sua maioria não se sentem à vontade para abordar estes temas no seu dia-a-dia. Assim, pode-se afirmar que a necessidade de existirem programas que foquem este tema é fundamental para orientar, informar e consciencializar de forma adequada tanto utentes como colaboradores da instituição.

As pessoas com incapacidade intelectual tem igualdade de oportunidades para expressar e vivenciar a sua sexualidade. Como profissional especializado, o/a EESMO deve manter uma postura atenta e intervir. De acordo com Vieira e Vieira (2015), os focos de atenção perante a pessoa com incapacidade serão os interesses e a forma de expressar a sexualidade que, por sua vez, estão dependentes de uma história e educação anterior. Não pode, assim, ser negada e deve ser entendida na sua generalidade, não excluindo os aspetos relacionados com os sentimentos, identidade, relacionamentos afetivos e sexuais (Pereira, 2013). É possível concluir que a sexualidade é considerada como uma dimensão da vida, construída ao longo da história. A sociedade e a cultura validam a vivência da sexualidade, dentro de um quadro de valores que a orientam. Através de leis e normas, percebe-se que há proteção para

cada pessoa na sua dimensão individual e, por isso, a educação nesta área é essencial para aquisição de conhecimentos seguros e corretos, onde o/a EESMO pode ter um papel fundamental.

Como se sabe, cada pessoa é detentora de direitos e deveres. A pessoa com incapacidade intelectual, ainda que possa necessitar de apoio, possui os mesmos direitos e deveres e, assim, é necessário adequar as respostas, com foco nos seus problemas. Apesar das suas limitações, deve haver respeito em todas as circunstâncias, e esta deve ser ajudada de forma a conseguir a autorrealização. É imperativo que a sociedade reúna esforços para fornecer educação e apoio adequado às características desta população, tendo como objetivo o cumprimento dos direitos humanos.

De acordo com os padrões internacionais dos direitos humanos, as pessoas com deficiência têm o direito de aceder aos serviços de saúde de forma igualitária (OMS, 2015). O desempenho de funções numa área profissional que interage diretamente com a vida humana, requer o reconhecimento de que a abordagem da sexualidade faz parte do papel profissional. Segundo a International Technical Guidance on Sexuality Education, educar sobre a sexualidade é sinónimo de “equipar pessoas com o conhecimento, habilidades e valores para tomar decisões informadas e responsáveis” (como referido por OMS, 2015, p. 48). Uma correta avaliação de cada pessoa permitirá potenciar capacidades e dar o apoio necessário, de acordo com a individualidade de cada um, promovendo espaços de partilha de dúvidas e de desejos pessoais.

Como profissionais de saúde, deveremos possuir ferramentas para conseguir orientar esta população e diminuir as barreiras que são impostas ao longo das suas vidas. Como profissionais especialistas deveremos ser capazes de refletir sobre a prática, para uma melhoria contínua dos cuidados, e arranjar estratégias para transmitir conhecimentos, adequando-os a cada população-alvo. Ao envolvermo-nos em equipas multidisciplinares, seremos elos essenciais na formação destas pessoas que, na maioria das vezes, passam grande parte do seu tempo em instituições. Dar-lhes-emos oportunidade de poderem expressar a sua sexualidade e trabalharemos para a mudança de mentalidades e consciencialização da sociedade em honra dos seus direitos.

É impossível sobrepor os limites que a incapacidade intelectual acarreta ao desenvolvimento e aptidões que a pessoa detém. Como seres humanos, distinguimo-nos pelas nossas diferenças, semelhanças e vulnerabilidades, dependendo uns dos outros, pois a nossa existência não é apenas autónoma. Por tudo isto e por mais que

escapa ao nosso conhecimento atual, reforçar a responsabilidade individual será imperativo para consolidar uma sociedade inclusiva e plural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P. (2010). A sexualidade na Deficiência Mental. *Caderno Educação Especial (20 anos na esepf)*. nº15.
- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação* (2ª ed.). Coimbra, Portugal.
- Anastácio, Z. C. (2010). Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 695-705. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/10567>
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed) - DSM-5. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Associação para o Planeamento da Família. (s.d.). *Sexualidade*. Recuperado de <http://www.apf.pt/sexualidade>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo, Brasil: Edições 70.
- Carvalho, G. S. (2009). Literacia científica: Conceitos e dimensões. In F. Azevedo, & M. Sardinha (Coord.), *Modelos e práticas em literacia* (pp. 179-194). Portugal, Lisboa: Lidel.
- Campelo, I., Costa, B., Peres, M., Guimarães, J., Mann, C., & Queirós, P. (2019). Desvendando a sexualidade de pessoas com sofrimento psíquico. *Revista Nursing*, 22(255), 3111-3117.
- Chegas, P. M. L., & Fernandes, E. M. (2018). Sexualidade e a Pessoa com Deficiência Intelectual: proposição do tema nas escolas. *Perspetivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade*, 5(9), 199-216.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (s.d). *Perturbações do Neurodesenvolvimento*. Recuperado de <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f605267007>
- Costa, J. A., & Melo, A. S. (1999). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto, Portugal: Porto Editora.

- Denari, F. (2002). Sexualidade & Deficiência Mental: reflexões sobre conceitos. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 8(1), 9-14.
- Denari, F. E. (2010). Adolescência, afetividade, sexualidade e deficiência intelectual: o direito ao ser/estar. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, 5(1), 44–52, doi: 10.21723/riaee.v5i1.349
- Despacho nº 5344-A/2016 de 19 de Abril. *Diário da República nº 76/2016, 1º Suplemento, II Série*. Presidência do Conselho de Ministros e Saúde - Gabinetes da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral de Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Saúde e Atividades Diárias. Medidas gerais de prevenção e controlo da COVID- 19*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2019). *Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia- Guia Orientador da componente de estágio*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Gameiro, L. (2006). Sexualidade e afectividade na deficiência: a vida afetiva deles...vez e voz! *Hospitalidade: a revista da província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, 70(274), 29-33.
- Gamson, J. (2006) As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In, N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds), *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp.345-362). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- International Planned Parenthood Federation. (2009). *Direitos sexuais: uma declaração da IPPF*. Edição em Português. Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM
- Lei nº15/2014 de 21 de Março. *Diário da República nº 57/2014- I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei nº25/2014 de 02 de Maio. *Diário da República nº 84/2014- I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

- Machado, M. (2005). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In, L. Graça (Eds.), *Medicina Materno-Fetal* (pp. 271-280). Portugal: Lidel.
- Maia, A. C. B (2016). Vivência da Sexualidade a partir do relato de pessoas com deficiência intelectual. *Psicologia em Estudo*, 21(1), 77-88.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*. Porto Alegre, Brasil: UFRGS. (Obra original publicada em 2015).
- Patrício, M. R. (2019). Educação formal, não formal e informal. In M. Brites, I. Amaral, & M. Silva (Ed.), *Literacias cívicas e críticas: refletir e praticar* (pp. 105-108). Braga, Portugal: CECS.
- Pereira, M. F. (2013). *A Sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e tabús* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Portugal.
- Pinto, P. & Pinto, T (2017). *Pessoas com deficiência em Portugal: indicadores de direitos humanos*. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Puga, P. C. A. & Ruzzi-Pereira, A. (2020). A percepção de pessoas com deficiência intelectual sobre a sexualidade. *Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, 16(2), 542–552.
- Ramos, M. L. P. (2005). Sexualidade na diversidade. Atitudes de Pais e Técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com Deficiência Mental. Lisboa, Portugal: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da República nº 26/2019- II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 391/2019 de 3 de Maio. *Diário da República nº 85/2019- II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Resolução nº 30/1975 de 9 de Dezembro. *Declaração dos Direitos das pessoas deficientes*. Organização das Nações Unidas (ONU).
- Resolução da Assembleia da República nº 57/2009 de 30 de Julho. *Diário da República nº 146/2009- I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

- Rousseau, N. & Saillant, F. (2003). Abordagens de investigação qualitativa. In M. Fortin (Eds.), *O processo de investigação: da conceção à realização* (pp. 148- 160). Loures, Portugal: Lusociência.
- Santos, E., & Ramos, M. (2018). A socialização da sexualidade e as juventudes. In J. Silva, A. Faro, E, Santos (Ed.), *Psicologia e adolescência: gênero, violência e saúde*. (pp. 149-162). Curitiba, Brasil: CRV.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2017). People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. *Sexuality and Disability*, 35(1), 21-38.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Portugal: Autor.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusoditacta.
- Vieira, C. M., & Coelho, M. A. (2014). Sexualidade e deficiência intelectual: concepções, vivências e o papel da educação. *Revista Tempos e Espaços em Educação*. 201-211. doi: 10.20952 / revtee.v0i0.3268
- Vieira, C. M. & Vieira, P. M. (2015). Reflexões sobre Deficiência Intelectual e Sexualidade: desafios para a educação. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 26(1), 31-40. doi: 10.35919/rbsh.v26i1.149
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Geneva, Itália: Autor.
- World Health Organization. (2018). *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. Geneva, Itália: Autor.

Anexo I

**Parecer Comissão de Ética
da ESEnfC**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnfC)

Parecer Nº 657/03-2020

Título do Projecto: Vivências da sexualidade na mulher com incapacidade intelectual

Identificação das Proponentes

Nome(s): Neuza Fernandes Horta

Filiação Institucional: Estudante do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, EEnfC

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Ana Bela de Jesus Roldão Caetano e Coorientação da Prof.ª Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O estudo a desenvolver pelas proponentes insere-se no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica justificando a sua pertinência pela importância dos profissionais de saúde reconhecerem o seu "(...) dever de incluir a sexualidade e a vida afetiva nos conhecimentos, nos ensinamentos e nas atividades das pessoas com incapacidade, de forma a promover uma estabilidade à própria pessoa e literacia em saúde, de modo a viver uma vida plena em direitos e deveres." Propõem-se abordar "(...) a temática sexualidade em consonância com as vivências e percepções da pessoa com incapacidade intelectual", tendo como objetivos "Conhecer a percepção da sexualidade de mulheres com incapacidade intelectual de grau ligeiro a moderado." e "Descrever as vivências da sexualidade, de mulheres com incapacidade intelectual de grau ligeiro a moderado."

É um estudo qualitativo de nível I: exploratório-descritivo que tem como participantes será obtida de entre a população existente na ~~Escola de Saúde Pública Santa Isabel~~, selecionada através de amostragem "(...) não probabilística por conveniência intencional, tendo como critérios de inclusão: "utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos, com diagnóstico de incapacidade intelectual de ligeira a moderada e que tenham autorização dos tutores/representantes legais para participar no estudo."

A voluntariedade das participantes é assegurada através de pedido de consentimento e da obtenção formal do consentimento informado dos respetivos tutores legais. No termo de consentimento anexado pela proponente consta a identificação das proponentes, contextualização e objetivo do estudo, metodologia de recolha de dados, é assegurada a possibilidade de colocar questões.

A recolha de dados está prevista entre os p.f. meses de maio e junho de 2020, sendo realizada através de entrevista semiestruturada com gravação áudio, a ser realizada pela investigadora na ~~Escola de Saúde Pública Santa Isabel - Coimbra~~, tendo sido endereçado o devido pedido de autorização à instituição referida.

Após solicitação às proponentes de esclarecimentos relacionados com questões éticas de acessibilidade às participantes para seleção da amostra, recolha de assentimento das participantes e garantias de anonimização, confidencialidade, segurança e proteção dos dados recolhidos, foram remetidas adenda e retificação ao projeto.

Nos pressupostos anteriores, sou de parecer favorável à realização do estudo, devendo a investigadora adequar as datas de recolha de dados à situação epidemiológica nacional.

O relator:



Data: 22/04/2020 O Presidente da Comissão de Ética:



Anexo II

**Parecer Comissão de Ética
da Instituição**

DECLARAÇÃO

ASSUNTO: Pedido para realização de projeto de investigação.

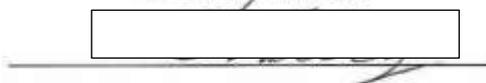
Exma. Sr.ª Neuza Fernandes Horta,

Depois de avaliada a sua proposta para realização nesta instituição do estudo, "Vivências da sexualidade na mulher com incapacidade intelectual", vimos comunicar-lhe que a mesma poderá ser realizada dentro dos pressupostos explicitados no protocolo do estudo.

Esta autorização só será válida depois de nos enviar (por correio postal ou eletrónico) a "Declaração de Compromisso Referente à Execução e Divulgação do Estudo" devidamente assinada.

Com os nossos melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico

A rectangular box containing a handwritten signature, positioned below the text "O Diretor Clínico".

ANEXOS: Declaração de Compromisso Referente à Execução e Divulgação do Estudo

Apêndice I
Guião da Entrevista

I Parte: Dados sociodemográficos		
Código associado:		
Idade:	Naturalidade:	
Habilitações literárias:		
Tempo na instituição:		
Características do meio habitacional antes de ser institucionalizada:		
Data da entrevista:		
Hora de início:	Hora de término:	Duração:

II Parte – Sexualidade: representações e percepções

1. Já ouviu falar sobre a sexualidade? Como recebeu essa informação?

2. Para si, qual é o significado da palavra sexualidade?

3. No seu dia-a-dia como costuma ter acesso à informação? Como esclarece as dúvidas que tem? Utiliza as tecnologias para esclarecer as suas dúvidas?

4. De que forma vive a sua sexualidade? Como é que manifesta a sua sexualidade no seu dia-a-dia?

5. Costuma falar sobre este tema com as pessoas com quem convive no dia-a-dia? Se sim, quais as pessoas?

6. De que modo acha que pode ficar mais esclarecida relativamente a este tema?

Apêndice II

**Termos de Consentimento
informado, esclarecido e livre
para a participação na
entrevista**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO

Eu, Neuza Fernandes Horta, confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, a intenção do estudo realizado. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Data / /

Assinatura, número de cédula profissional
...

À Pessoa/representante por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Eu, _____

Declaro ter sido informado(a) pela investigadora sobre o estudo intitulado de “Perceção e vivências da sexualidade: um estudo em pessoas com incapacidade intelectual” que está a realizar para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com a orientação da professora Ana Bela Caetano. Asseguro que compreendi os objetivos deste estudo explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, que me foi dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o estudo em questão e que para todas elas obtive resposta esclarecedora. Foi-me garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, em qualquer momento sem ser necessário justificações, e dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a participação neste estudo de natureza Qualitativa, que pretende investigar a perceção e as vivências da sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual, aceitando que a entrevista seja gravada em formato áudio.

Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

Data / /

Assinatura

Consentimento informado

Eu, _____(nome), portador do BI/CC nº _____, residente em _____ concordo

em participar no estudo intitulado de "Vivências da sexualidade na mulher com incapacidade intelectual" que tem como objetivo conhecer a perceção e descrever as vivências da sexualidade de mulheres com incapacidade intelectual de grau ligeiro ou moderado.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em participar nos dois momentos das entrevistas necessárias para o seu desenvolvimento e aceito que estas sejam gravadas em formato áudio:

Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data: __ / __ / __

Assinatura do participante

Assinatura do investigador
