



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**IXº MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

JÉSSICA MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, outubro de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**IXº MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

JÉSSICA MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos: do
conhecimento à autodeterminação**

Orientadora: Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão

Coorientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos

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, outubro de 2022

“Viste como ergueram aquele edifício de grandeza imponente?

- Um tijolo, e outro. Milhares. Mas um a um.

- E sacos de cimento, um a um. E blocos de pedra,
que pouco representam na mole do conjunto.

- E pedaços de ferro.

- E operários que trabalha, dia a dia, as mesmas horas...

Viste como levantaram aquele edifício de grandeza imponente?

À força de pequenas coisas!”

Josemaría Escrivá (1968)

AGRADECIMENTOS

Elaborar este relatório só foi possível com o apoio, disponibilidade e contribuição científica e principalmente pessoal, das pessoas que agradeço do fundo do meu coração:

- às professoras Maria Neto e Ana Poço, pela sua orientação, apoio e contribuição científica. Serão sem dúvida uma inspiração para o meu futuro profissional;
- às enfermeiras tutoras que se cruzaram no meu percurso académico de estágios, que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista;
- às participantes do estudo científico que aceitaram colaborar voluntariamente, disponibilizando o seu tempo, o que contribuiu para a concretização da investigação;
- às minhas amigas de especialidade por serem minhas companheiras deste percurso desde o primeiro dia;
- à *minha* Rita, pela amizade, companheirismo e por todos os telefonemas à distância, para não nos deixarmos desistir;
- às minhas colegas e em especial, amigas de serviço, pela colaboração na simplificação de todo o percurso;
- à *minha* Maria, pelo conforto do seu coração e da sua casa, pela amizade e iluminação para me manter firme todos os dias;
- à *minha* Fátima, pelo apoio incondicional na crítica, na melhoria e nas soluções em momentos mais difíceis. Pela amizade e inspiração para ser sempre uma pessoa melhor;
- à minha família, por nunca me deixarem sozinha, pelo apoio, compreensão e auxílio em todos os momentos;
- ao *meu* Helder que surgiu na minha vida na reta final deste caminho, mas que veio para iluminar todos os meus dias, por se tornar o meu porto de abrigo, o meu companheiro, o meu apoio, o meu melhor amigo, o meu amor.

A todos, o meu especial agradecimento!

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AFU – Altura do fundo uterino

CE – Consulta externa

CHC – Contracetivo hormonal combinado

CPPP – Curso de preparação para o parto e parentalidade

CSP – Cuidados de saúde primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIU – Dispositivos intrauterinos

EE-ESMO – Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCF - Frequência cardíaca fetal

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

ODS - Objetivos de desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PO – Progestativo oral

PPPP - Programas de preparação para a parentalidade

RCT - Registos cardiotocográficos

RN - Recém-nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SP - Sala de partos

SPC - Sociedade Portuguesa da Contraceção

SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução

TEV - Tromboembolismo venoso

TP - Trabalho de parto

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

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

UMMF - Unidade de Medicina Materno Fetal

RESUMO

Este relatório é constituído por uma componente clínica com reflexão crítica das atividades realizadas em cuidados de saúde na maternidade e comunidade, que contribuíram para desenvolver competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), e pela componente de investigação, com um estudo primário para desenvolver competências de investigação.

O conhecimento é primordial para as pessoas acederem, interpretarem, avaliarem e aplicarem informação sobre saúde, facilitando tomadas de decisão, prevenirem doenças, promoverem saúde e contribuírem para melhoria da qualidade de vida.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva são fundamentais para a saúde e bem-estar físico e emocional das pessoas. Após o nascimento dos filhos é essencial a mulher deter conhecimentos que permitam a tomada de decisões, com autonomia e responsabilidade.

Objetivos do estudo: identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o primeiro ano após o nascimento dos filhos; conhecer os fatores que influenciam a autodeterminação das mulheres sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

Estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Amostra constituída por dez mulheres no primeiro ano após o nascimento dos filhos, de nacionalidade portuguesa, seleccionadas por conveniência, com recurso à técnica de bola-de-neve. Os dados foram colhidos por entrevistas individuais semiestruturadas, entre março e maio de 2022. A análise de dados foi realizada segundo as orientações metodológicas de Bogdan e Biklen (1994). O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E (Parecer nºP848/02-2022).

As participantes no estudo apresentaram conhecimento sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, relativamente às mudanças do bem-estar, aos métodos contraceptivos para pós-parto, e identificaram fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva. Os fatores que influenciaram a autodeterminação das mulheres foram do domínio pessoal e ambiental, podendo ser facilitadores ou dificultadores. Como fatores pessoais facilitadores foram identificados o bem-estar pessoal; físicos e fisiológicos

(sensação de bem-estar, ausência de pontos no períneo); psicológicos e emocionais (autoestima recuperada, desejo sexual); e experiências positivas anteriores. Os fatores pessoais dificultadores eram de ordem física e fisiológica (regeneração corporal no pós-parto), e psicológicos e emocionais (receio/medo da dor, medo de engravidar, cansaço).

Dos fatores ambientais facilitadores destaca-se o contributo do companheiro, dos familiares e amigos, dos profissionais de saúde e do acesso à informação. A falta de informação foi um fator ambiental dificultador.

Conclusões: A reflexão crítica de todo o percurso de estágio ao longo do curso, permitiu analisar as atividades desenvolvidas e identificar as dificuldades e estratégias para desenvolvimento de competências do EESMO. Ao nível da investigação, a identificação do conhecimento das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos e conhecer os fatores influenciadores da autodeterminação neste domínio, são uma mais-valia para os cuidados de enfermagem. Permitem conceber, planejar intervenções de promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, e facilitar a autodeterminação das mulheres. Ao nível da formação sugerimos a abordagem destes temas desde a formação inicial dos enfermeiros especialistas EESMO. Continua a ser necessário o desenvolvimento de estudos nesta área, nomeadamente em Portugal.

Palavras-chave: mulheres; saúde sexual; saúde reprodutiva; período pós-parto; enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

ABSTRAC

This report consists of a clinical component with a critical reflection of the activities carried out in health care in the maternity and community, which contributed to the development of competences of the specialist nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing (EESMO), and by the research component, with a primary study to develop research skills.

Knowledge is essential for people to access, interpret, evaluate and apply health information, facilitating decision-making, preventing diseases, promoting health and contributing to an improvement in the quality of life.

Sexual health and reproductive health are crucial to people's physical and emotional health and well-being. After the birth of children, it is essential for women to have knowledge that allows them to make decisions, with autonomy and responsibility.

Study objectives: to identify women's knowledge of sexual and reproductive health related to the first year after childbirth; to know the factors that influence women's self-determination on sexual and reproductive health after childbirth.

A qualitative exploratory-descriptive study. The sample consisting in ten women in the first year after childbirth, of Portuguese nationality, selected for convenience, using the snowball technique. Data were collected through individual semi-structured interviews, between March and May 2022. Data analysis was performed according to the methodological guidelines of Bogdan and Biklen (1994). The study received a favorable opinion from the Ethics Committee of UICISA: E (Opinion No. P848/02-2022).

Study participants presented knowledge about sexual health and reproductive health, regarding changes in well-being, contraceptive methods during postpartum period, and identified sources of information in matters sexual and reproductive health. The factors that influenced women's self-determination were in the personal and environmental domain, which could be facilitating or hindering. Personal well-being were identified as facilitating personal factors; physical and physiological (feeling of well-being, absence of stitches in the perineum); psychological and emotional (recovered self-esteem, sexual desire); and previous positive experiences. Personal complicating factors were physical

and physiological (postpartum body regeneration), and psychological and emotional (fear/fear of pain, fear of becoming pregnant, tiredness).

On facilitating environmental factors, the contribution of the partner, family and friends, health professionals and access to information stands out. The lack of information was a complicating environmental factor.

Conclusions: The critical reflection of the entire internship throughout the course allowed the analysis of the activities developed and the identification of difficulties and strategies for the development of EESMO competences. In terms of research, identifying women's knowledge of sexual and reproductive health after childbirth and knowing the factors that influence self-determination in this domain are an asset to nursing care. They make it possible to design, plan interventions to promote sexual and reproductive health, and facilitate women's self-determination. In terms of training, we suggest approaching these topics from the initial training of specialist nurses EESMO. It is still necessary to develop studies in this area, namely in Portugal.

Keywords: women; sexual health; reproductive health; postpartum period; nurse midwives.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Saúde sexual e saúde reprodutiva das participantes após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação.....	71
Figura 2 – Concepções das participantes sobre sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva.....	72
Figura 3 – Conhecimento das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.....	78
Figura 4 – Autodeterminação das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.....	86
Figura 5 – Fatores que influenciam o bem-estar sexual das mulheres após o nascimento dos filhos.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica e académica das participantes.....	63
Tabela 2 – Caraterização das participantes quanto ao número de partos e assistência de saúde pré-natal.....	65
Tabela 3 – Caraterização das participantes quanto ao tipo de partos e da assistência de saúde no parto e no pós-parto.....	66

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	23
1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
1.1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	23
1.1.1 Contextos de prestação de cuidados na comunidade	24
1.1.2 Contextos de prestação de cuidados na maternidade	25
1.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E CONTRIBUIÇÃO DA CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA...	27
1.2.1 Reflexão crítica do desenvolvimento das competências comuns.....	27
1.2.2 Reflexão crítica do desenvolvimento das competências específicas....	30
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS – DO CONHECIMENTO À AUTODETERMINAÇÃO	47
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	47
2.1 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS	47
2.2 AUTODETERMINAÇÃO DAS MULHERES SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS	54
2.3 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS	57

3	METODOLOGIA.....	61
3.1	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	61
3.2	TIPO DE ESTUDO	61
3.3	PARTICIPANTES	62
3.4	RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	66
3.5	PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	69
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4.1	CONCEÇÕES DAS PARTICIPANTES SOBRE SEXUALIDADE, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	72
4.2	CONHECIMENTO DAS PARTICIPANTES SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS.....	77
4.3	AUTODETERMINAÇÃO DAS PARTICIPANTES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS	86
4.4	FATORES QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR SEXUAL DAS PARTICIPANTES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS.....	95
	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio

APÊNDICE 2 – Folheto métodos contraceptivos de longa duração

APÊNDICE 3 – Técnicas de alívio de dor não farmacológicas no trabalho de parto

APÊNDICE 4 – Guião da entrevista

APÊNDICE 5 – Carta informativa – Consentimento informado

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer nºp848/02-2022 da UICISA: E da ESEnfC

INTRODUÇÃO

O presente relatório final de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do IXº Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, orientado pela Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e co-orientado pela Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos, traduzindo uma reflexão e análise crítica das atividades realizadas em contexto de cuidados na maternidade e na comunidade, para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e de um estudo primário sobre saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos.

A obtenção de aproveitamento no referido mestrado exige o desenvolvimento de competências académicas de segundo ciclo de estudos (Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março, 2006), das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESMO, delineadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), segundo a Lei nº9/2009, de 4 de março, a qual transpõe para o ordenamento jurídico português Diretivas Europeias, designadamente a Diretiva 2005/36/CE do Conselho e do Parlamento de 7 de setembro, que assegura um conjunto de conhecimentos e experiências mínimas que garantem o reconhecimento automático das qualificações profissionais (Aviso nº 3916/2021 de 3 de março, 2021). Segundo o Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março, pretende-se o aprofundamento e o desenvolvimento de conhecimentos que permitam a sua aplicação em contexto de investigação; aplicar o conhecimento e a capacidade de compreensão e resolução de problemas, em situações e contextos alargados e multidisciplinares na área de estudo; capacidade de resolução e reflexão sobre implicações éticas e sociais; capacidade de comunicar e apresentar resultados e conhecimentos a toda a comunidade científica e da área de especialidade; e capacidade de desenvolvimento de uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma e auto-orientada. Deste modo, optei por fazer formação avançada de 2ºciclo / mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, por interesse pessoal sobre a

área de especialidade e com o objetivo de fundamentar e desenvolver competências especializadas ao nível da prática clínica e da investigação.

Os objetivos deste relatório incluem a reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito dos contextos de estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do EESMO, e o desenvolvimento de competências de investigação, para o qual foi desenvolvido um estudo de investigação qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

Assim, de acordo com o que considerei ser importante para desenvolver a aprendizagem e a formação, tendo em conta a minha experiência profissional e interesse pessoal, procurei identificar uma temática que se enquadrasse nas afinidades pessoais e no âmbito do desenvolvimento das competências do EESMO na prática clínica. Perante o exposto, surgiu a inquietação que deu origem ao tema do estudo desenvolvido para a componente de investigação: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação. O conhecimento é uma condição fundamental para as pessoas acederem, interpretar, avaliarem e aplicarem a informação sobre saúde e promove as tomadas de decisão de modo a prevenirem doenças, promoverem a saúde e contribuírem para a manter e melhorar a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo de vida. A saúde sexual e a saúde reprodutiva são fundamentais para a saúde e o bem-estar físico e emocional das pessoas. Após o nascimento dos filhos é essencial que a mulher detenha conhecimentos que permitam a tomada de decisões sobre a sua saúde sexual e saúde reprodutiva, com autonomia e responsabilidade. Compete ao EESMO contribuir para a capacitação da mulher face ao seu projeto de saúde, nomeadamente informar sobre a sexualidade e a contraceção após o nascimento dos filhos.

Este relatório apresenta-se dividido em duas partes. A primeira parte corresponde à componente clínica que engloba a caracterização dos contextos clínicos e a descrição das atividades que foram desenvolvidas e a contribuição da prática clínica para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica segundo o *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e o *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista saúde materna e obstétrica* (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio). A segunda parte corresponde à componente de investigação em enfermagem, onde foi desenvolvido um estudo que considerei

pertinente para a prática profissional do EESMO. A mesma é constituída pelo enquadramento teórico, metodologia, apresentação e discussão de resultados. Por último, é apresentada a conclusão seguida das referências bibliográficas.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O objetivo primordial dos estágios é articular a teoria com a prática no processo de formação participativa, com a colaboração ativa de profissionais de saúde da área de formação, permitindo desenvolver a necessidade de reflexão para uma tomada de decisão (Esteves, Cunha, Bohomol, & Negri, 2018).

No início deste percurso, foi importante delinear um processo e um caminho de aprendizagem e consolidação de competências, tendo por base a evidência científica atual, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). Este planejamento elaborado no Projeto de Estágio (Apêndice 1), permitiu uma organização e serviu como guia para o desenvolvimento das atividades durante todos os estágios.

Assim, ao longo deste capítulo, apresento a caracterização dos contextos clínicos, e tendo em conta o projeto de estágio, abordo as atividades que contribuíram, nomeadamente para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMO.

1.1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Realizar uma análise do local de estágio permite compreender os cuidados que foram desenvolvidos ao longo do período de aprendizagem, uma vez que se compreende as potencialidades e as limitações inerentes ao processo de aquisição de conhecimentos.

1.1.1 Contextos de prestação de cuidados na comunidade

Nos cuidados de saúde primários na comunidade estive integrada numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) na região centro de Portugal. A UCC presta cuidados de saúde e de apoio psicológico e social ao cidadão, família, grupo e comunidade. Assegura respostas integradas, diferenciadas e articuladas, tendo em conta as necessidades de proximidade em cuidados de saúde da população que faz parte, contribuindo para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados, da acessibilidade, equidade e ganhos em saúde (Sistema Nacional de Saúde (SNS), 2022). Nesta unidade faziam parte da equipa multidisciplinar duas EESMO que desenvolviam cuidados de enfermagem na assistência à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e pós-natal, nomeadamente no contexto do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e em consultas individualizadas tendo em conta as necessidades das grávidas ou puérperas. No entanto, estavam delineados outros programas relacionados com a área de intervenção, mas, devido à pandemia de Covid-19 não foram executados por não serem autorizados. Esta unidade servia população urbana e rural, em que as senhoras/famílias eram referenciadas através dos médicos de família do centro de saúde onde está inserida a unidade ou de outras unidades da área de referência deste centro de saúde.

A UCSP desenvolve uma prestação de cuidados de saúde personalizados à população onde está inserida, de forma a garantir acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos, prestando cuidados de saúde individuais e familiares. Esta unidade desenvolve cuidados de saúde em consultas de enfermagem no âmbito da saúde sexual e planeamento familiar, no período pré-concepcional, nos períodos pré-natal e pós-natal, na assistência à mulher no período do climatério e em processos de transição saúde/doença ginecológica. Da equipa de enfermagem faziam parte duas EESMO e os restantes eram enfermeiros de cuidados gerais. Esta unidade servia população urbana da área geográfica onde estava inserida.

Estes estágios no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, na totalidade tiveram uma duração de dez semanas – sete semanas na UCC e três semanas na UCSP. A divisão das semanas não foi igual para os dois contextos pois a enfermeira tutora a desempenhar funções na UCSP, encontrou-se ausente duas semanas, o que implicou a redução do tempo de estágio nesta unidade.

1.1.2 Contextos de prestação de cuidados na maternidade

Para além do contexto de comunidade também desenvolvi estágios em duas maternidades, uma da região centro de Portugal inserida num centro hospitalar universitário e numa outra, um período de estágio de observação, no norte de Portugal inserida num centro hospitalar.

Na primeira maternidade o estágio decorreu nas seguintes unidades de cuidados: Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF); Sala de partos (SP); internamento de puérperas e recém-nascidos e Consulta externa (CE). Esta maternidade, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001), desenvolve uma prestação de cuidados de saúde diferenciados de assistência materna e perinatal, assumindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, que esgota todas as possibilidades de diagnóstico e tratamento no âmbito das especialidades uma vez, que se encontra definida como um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2001). Assegura apoio às utentes do distrito onde está inserida e serve como referência para alguns Hospitais de Apoio Perinatal ou para uma determinada patologia materna ou infantil. Esta maternidade dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Constitui-se também como centro de formação e atualização.

A UMMF desenvolve uma assistência de cuidados de saúde a mulheres grávidas que apresentam problemas durante a gestação. Deste modo, esta unidade recebe grávidas que apresentam problemas significativos durante a gestação, que podem afetar o resultado da gravidez, sendo que algumas destas condições desenvolvem-se como resultado do próprio estado gravídico ou devido à sobreposição da gravidez a uma situação patológica pré-existente. Os cuidados de saúde prestados nesta unidade são também direcionados para mulheres grávidas que estejam a iniciar Trabalho de Parto (TP), ou seja em fase latente do TP ou em indução do TP. A equipa de enfermagem é constituída unicamente por EESMO que desenvolviam cuidados especializados às mulheres/famílias neste contexto. A duração deste estágio foi de quatro semanas.

A SP foi o local de estágio que maior período de tempo foi dedicado ao cronograma de planeamento das atividades, nomeadamente teve uma duração de dezasseis semanas. A SP proporciona cuidados de saúde especializados à mulher/família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e ainda, cuidados imediatos de adaptação à vida

extrauterina do Recém-nascido (RN). Inclui ainda uma sala de cirurgia para situações que seja necessária a realização de cesarianas. Esta unidade disponibiliza cuidados permanentes durante 24 horas/dia, sendo que a chegada de grávidas na SP pode ocorrer através da transferência do serviço de urgência ou da UMMF, acompanhada pelo EESMO que presta cuidados no respetivo serviço. A equipa multidisciplinar era composta por médicos especialistas em obstetrícia, anestesistas, enfermeiros EESMO, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e assistentes operacionais, em número de acordo com as necessidades do serviço.

O internamento de puérperas e recém-nascidos desenvolve cuidados no âmbito da assistência à mulher/casal no período pós-natal tendo em conta o processo de transição e adaptação à parentalidade, bem como na assistência ao recém-nascido em processo de adaptação à vida extrauterina. Desta forma, este serviço exige um cuidado rigoroso para potenciar a saúde da puérpera no pós-parto, bem como no processo de transição e adaptação à parentalidade, e desenvolve cuidados de avaliação da saúde do RN nas primeiras horas/dias de vida, dispondo de unidades de internamento/quartos que permitem o alojamento comum da mãe e do filho compostas por locais destinados à prestação de cuidados aos RN. Possui ainda uma sala de pediatria para dar apoio aos cuidados prestados ao RN pelas enfermeiras e pediatras. A equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros EESMO e enfermeiros generalistas. O estágio no internamento de puérperas e RN decorreu durante três semanas.

A consulta externa assegura a assistência a grávidas de baixo risco por protocolo, seguidas em centros de saúde da região no final de cada trimestre de gravidez e após as 37 semanas de idade gestacional em consultas semanais. Presta ainda assistência de ambulatório durante a gravidez, a grávidas/casais de médio e alto risco, que apresentem alguma patologia/situação que possa interferir com o bem-estar materno-fetal, como hipertensão, diabetes, patologias autoimunes, patologias endócrinas, assim como risco psicossocial ou risco infeccioso. Desenvolve-se ainda uma prestação de cuidados em ambulatório à mulher/casal no período pré-concepcional, no período pós-natal, no período do climatério, assim como à mulher em processo de transição saúde/doença ginecológica e da mama. A equipa de enfermagem que prestava cuidados neste âmbito era constituída por enfermeiros EESMO, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e enfermeiros generalistas. Este estágio teve a menor duração de tempo comparativamente aos estágios anteriores, uma vez que decorreu por duas semanas.

A segunda maternidade, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001), definida como Hospital de Apoio Perinatal, caracteriza-se por garantir um serviço de urgência durante 24h/dia, com equipa de obstetras, pediatras, anestesistas e enfermeiros EESMO, pela capacidade de garantir e assegurar cuidados a todos os RN, garantindo a continuidade de cuidados até à alta ou de estabilidade até ao seu transporte e consultas com apoio ecográfico e monitorização fetal. O estágio de observação nesta maternidade decorreu na SP, constituída por quatro salas de parto que proporcionavam cuidados à mulher/família durante todo o trabalho de parto e permitia a permanência do companheiro desde a entrada, por exemplo na fase latente do trabalho de parto até à alta do internamento. As SP estavam preparadas para prestação de cuidados imediatos ao RN de adaptação à vida extrauterina, de modo a evitar a separação da tríade mãe-pai-filho. A entrada das mulheres na SP ocorria através da transferência do serviço de urgência e a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros EESMO e enfermeiros de cuidados gerais. A duração deste estágio foi de três dias, incluídos no cronograma das dezasseis semanas de estágio em sala de partos.

1.2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E CONTRIBUIÇÃO DA CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Ao longo deste subcapítulo, apresento uma descrição crítica das atividades desenvolvidas e do contributo da clínica para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional do enfermeiro especialista.

1.2.1 Reflexão crítica do desenvolvimento das competências comuns

Apresento de seguida uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, tendo como base as competências comuns do enfermeiro especialista.

Competência: Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvi uma prestação de cuidados com habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, salvaguardando os princípios éticos, valores e normas deontológicas. Em parceria com as utentes, de modo proteger o seu bem-estar e os seus princípios éticos, construí estratégias de resolução de problemas, tendo por base o conhecimento e a experiência profissional, bem como na construção de tomadas de decisão em equipa. Ao

desenvolver a prática de cuidados salvaguardando a intimidade e privacidade das utentes, como no respeito pelas suas decisões, promovi o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional nos cuidados às mulheres/grávidas/casal/RN, tendo como foco de atenção as melhores práticas e as preferências dos utentes. Por exemplo, no âmbito do estágio na sala de partos, quando avaliava a evolução do TP através do exame vaginal, tomava a decisão de o realizar tendo como base as orientações da OMS (2018a), bem como o momento mais adequado para o realizar, solicitando consentimento à grávida e atendendo à sua privacidade. Assim, nos processos de tomada de decisão ética, foi necessário refletir e analisar os fundamentos das decisões, analisando e interpretando as necessidades identificadas e assumindo responsabilidade na gestão de situações potencialmente comprometedoras, reconhecendo a minha competência na área da especialidade. Contudo, tenho a melhorar a minha capacidade de análise crítica nestes domínios.

Competência: melhoria contínua da qualidade

Relativamente às competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei sempre ter um papel colaborativo e dinamizador, tendo como foco de atenção a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à mulher/família. Foi importante partilhar conhecimentos atuais baseados na evidência científica na área da qualidade, bem como conhecer os protocolos de qualidade dos serviços onde estava incluída. Por exemplo promovi e colaborei no estabelecimento da amamentação do RN na primeira hora de vida, de modo a contribuir para a melhoria da prestação deste cuidado recomendado pela OMS (OMS, 2018a).

De modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro, foi importante promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, de modo a proteger todos os envolvidos na prestação de cuidados especializado. Deste modo, respeitei a identidade cultural e espiritual de cada pessoa, abstendo-me de juízos de valor, de modo a assegurar a satisfação das necessidades apresentadas. Além disto, cooperei na organização do trabalho, tendo presente a gestão do risco ao nível institucional. Desenvolvi também pesquisas bibliográficas individuais para o esclarecimento de dúvidas, de modo a desenvolver uma prática de cuidados, tendo como base o conhecimento da evidência científica.

Competência: gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados fui conhecendo o trabalho desenvolvido pelas minhas enfermeiras tutoras, identificando as necessidades, os recursos e o funcionamento do próprio serviço de modo a garantir a segurança e a qualidade das atividades que desenvolvi. Nomeadamente, em SP foi importante conhecer o espaço físico do serviço, pois numa situação de emergência para realizar uma cesariana, era importante saber como realizar a transferência emergente da mulher em segurança e qualidade para a sala operatória.

Procurei sempre otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, tendo como foco de atenção a segurança da utente e da sua família, bem como a qualidade das intervenções autónomas e interdependentes que desenvolvi. Adaptei a liderança e geri os recursos tendo em conta as necessidades dos cuidados, optando por otimizar o trabalho em equipa, assim como por conhecer métodos de organização de trabalho, identificando o mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados e ao clima organizacional.

Competência: desenvolvimento de aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, procurei demonstrar a minha capacidade de autoconhecimento e assertividade, tendo consciência enquanto pessoa e enfermeira, dos fatores que podem influenciar ou interferir nas relações terapêuticas e multiprofissionais. Durante o estágio, procurei sempre basear os processos de tomada de decisão e as intervenções desenvolvidas na prestação de cuidados em conhecimento sustentado na melhor evidência científica. Em momentos de dúvida ou dificuldade, consultei sempre as enfermeiras tutoras de modo a favorecer a minha aprendizagem e o desenvolvimento de competências. Em todo o processo de aprendizagem, mostrei disponibilidade para novas oportunidades, tanto na aquisição de conhecimento como no desenvolvimento de competências perante a análise de situações clínicas, procurando orientação da enfermeira tutora sempre que necessário. Por exemplo, no âmbito do estágio em CE foi-me proposto colaborar em consultas de patologias da mama e do aparelho genital feminino, ficando sob orientação de outra enfermeira, o que aceitei pois seria uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no cuidado à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Desenvolvi também pesquisas bibliográficas utilizando métodos de

pesquisa e tecnologias de informação ao longo de todo o estágio, de forma a esclarecer as minhas dúvidas teóricas.

1.2.2 Reflexão crítica do desenvolvimento das competências específicas

Ao longo do estágio, no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do EESMO procurei promover um acolhimento da mulher/RN/família de forma favorável que permitisse o estabelecimento de uma relação que não comprometessem o seu bem-estar. O acolhimento é uma “ação técnico-assistencial, ou seja, processo de escuta qualificada direcionado à assistência”, assim como deve conduzir à construção de vínculos, que “pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado” (Costa, Garcia, & Toledo, 2016, p. 2) e pela construção de um processo capaz de acolher as necessidades e as expectativas da mulher/RN/família. Este momento, permitiu-me conhecer as expectativas, planos de parto, dúvidas e medos, e posteriormente transmitir conhecimento e desenvolver intervenções autónomas e interdependentes, colocando a mulher no centro dos cuidados. No entanto, por vezes em alguns turnos, devido à grande afluência de utentes, tornava-se difícil estabelecer esta relação de forma plena, mas para a qual trabalhei sempre para conseguir alcançar de algum modo e estabelecer uma relação terapêutica e de cuidado com a utente e o seu convivente significativo. Ultrapassei esta dificuldade ao estabelecer prioridades tendo em conta as necessidades das utentes/famílias, e ajustando a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as suas preferências utilizando o discurso adequado para as compreender e conhecer.

Competência: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

No âmbito da competência referida, no estágio na UCSP, realizei consultas de planeamento familiar onde informei e orientei sobre métodos contraceptivos, de forma a garantir que as utentes/família tinham a informação correta para decidirem qual o método mais adequado. Nomeadamente, sobre os tipos de métodos contraceptivos, as vantagens e desvantagens e a importância da utilização efetiva para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas. Além disto, tive a oportunidade de colaborar na colocação e/ou retirada de Dispositivos Intrauterinos (DIU) e implantes subcutâneos. Assim, obtive “formação/treino académico ou em contexto de formação contínua sobre a aplicação destes métodos contraceptivos” (Parecer

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº50/2014, p. 3), uma vez que estas atividades são consideradas interdependentes, implicando uma prescrição médica prévia. Para consolidação do conhecimento sobre métodos contraceptivos de longa duração, desenvolvi um folheto informativo, para ser entregue às utentes/famílias durante as consultas de planeamento familiar (Apêndice 2). Na CE no âmbito das consultas de interrupção voluntária da gravidez, devido à necessidade de orientar as utentes/famílias quanto ao planeamento familiar e prevenção de uma gravidez indesejada, entendendo que as mulheres detêm informação sobre métodos contraceptivos, mas por um uso não eficaz, surge uma gestação, informei, orientei e disponibilizei métodos contraceptivos. As mulheres referiam que não utilizavam eficazmente os métodos por esquecimento na utilização eficiente, por não adesão do companheiro à utilização do preservativo masculino, ou por referirem que não pretendiam a toma de hormonas. Desta forma, foi importante orientar as mulheres para outras opções de métodos contraceptivos que fossem de acordo com as suas preferências. Nestas consultas apenas estiveram presentes mulheres, pois devido à pandemia Covid-19 os companheiros não participavam nas consultas, pelo que considero que era uma dificuldade para a mulher a vivência de todo o processo de uma IVG e a decisão quanto à contraceção, pois o homem não recebia informação profissional sobre o assunto e assim a sua adesão à decisão da mulher poderia ficar comprometida.

De forma a promover a saúde da mulher, a diagnosticar precocemente a situação de saúde da mulher e a prevenir complicações, foi importante integrar a educação para a saúde de forma a promover mudanças comportamentais através da transferência de conhecimentos, envolvendo a participação da utente, e assim “formando atores sociais integrados e participativos, especialmente, nas questões de gestão da saúde” (Silva, et al., 2012, p.413). Deste modo, na UCSP, programei e desenvolvi consultas com jovens e/ou casais, garantindo a identificação de necessidades relacionados com a vivência da sexualidade saudável, e posteriormente o diagnóstico de problemas e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem. Informei sobre a vivência da sexualidade saudável, promovendo a saúde sexual e o bem-estar, através da reflexão sobre as necessidades e atitudes dos utentes sobre a sua vida sexual. Participei em rastreios e diagnóstico da situação de saúde da mulher, por exemplo no rastreio da cancro do colo do útero, o que

permitiu identificar as situações de saúde e providenciar uma continuidade de cuidados de modo a minimizar complicações para a saúde da mulher.

Relativamente aos cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis, apenas tive a oportunidade de colaborar em consultas com casais na CE com problemas de fertilidade que estavam em processo de diagnóstico.

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

Tendo em conta as unidades de competência referentes à competência apresentada, o desenvolvimento de habilidades ao nível da promoção saúde da mulher no período pré-natal e em situações de abortamento, por vezes acontecem no mesmo momento de contacto com a grávida, pelo que apresentarei de seguida as atividades que desenvolvi para responder a esta unidade de competência.

Nos cuidados de saúde na comunidade, preparei e realizei consultas onde promovi a educação para a saúde de acordo com a idade gestacional e as necessidades individuais da utente, tendo em conta estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde mental e os recursos disponíveis na comunidade. Neste âmbito, colaborei também no planeamento, coordenação e implementação de CPPP que permitiram promover a saúde mental na gravidez, orientar sobre medidas de suporte de alívio dos desconfortos da gravidez, preparar para o parto, para parentalidade responsável e promoção do aleitamento materno. Os CPPP, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2020, p.8), são programas de intervenção de base comunitária, desenvolvidos “junto de mulheres grávidas e casais, tendo em vista contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da parentalidade”. Na UCC, colaborei na realização de CPPP em grupo via online (devido à pandemia Covid-19). Estes programas proporcionam um encontro entre pares / com outras grávidas e uma troca de experiências, que permite às mulheres/casais partilharem as próprias vivências e dúvidas. Foram abordados temas como Fatores de Saúde vs Sinais de Alarme; Trabalho de Parto e Parto; Dor do TP; Recém-nascido; Pós-parto e Amamentação/Aleitamento materno. Para auxiliar as utentes no domicílio, elaborei um folheto digital informativo para ser disponibilizado às grávidas para recordar as técnicas de alívio da dor não farmacológicas (Apêndice 3). Compreendi e aprendi que os CPPP

não permitem apenas a transmissão de informação, mas também possibilita às mulheres/casais compreenderem o potencial das suas capacidades a longo prazo, a influência que as experiências do parto têm nas suas vidas e a importância das experiências iniciais no desenvolvimento das crianças e família.

Ao nível das consultas de IVG, tive a oportunidade de promover uma decisão esclarecida e informada, ao providenciar momentos de partilha sobre os motivos, sobre o procedimento e legislação inerente. Tal como já referi anteriormente, informei e orientei as mulheres/casais sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.

Ao nível da unidade de competência, *diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher neste período*, ao longo das consultas de vigilância pré-natal, para avaliação do bem-estar materno-fetal, realizei exames físicos, como as manobras de Leopold, a avaliação da Altura do Fundo Uterino (AFU) e a auscultação cardíaca fetal através de doppler, elaborando assim diagnósticos de enfermagem, planeando e executando intervenções direcionadas às necessidade/problemas de cada mulher/casal. Na CE além destes exames pré-natais, também realizei cardiotocografia para monitorização contínua da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e da contractilidade uterina através de Registos Cardiotocográficos (RCT).

No estágio na UMMF colaborei nos cuidados de saúde de admissão, preparação e vigilância de grávidas com idade gestacional de termo que iriam ser submetidas a cesarianas eletivas - por motivos de macrosomia fetal, restrição de crescimento intrauterino, RN em apresentação pélvica ou com patologias impeditivas da ocorrência de parto por via vaginal -, induções de trabalho de parto ou grávidas na fase latente do TP espontâneo. Desenvolvi também cuidados de vigilância e assistência a grávidas de risco, com patologia concomitante com a gravidez, e em situações de ameaça de parto pré-termo - por encurtamento do colo, contractilidade uterina e/ou rotura prematura de membranas. Prestei cuidados de deteção, avaliação, informação e controlo da sintomatologia da grávida, assim como na avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de exames de avaliação pré-natais referenciando alterações significativas que estavam além da minha área de atuação enquanto EESMO.

O estágio na UMMF levou-me a refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em ESMO no apoio emocional e psicológico proporcionado à grávida/casal de forma a promover a saúde mental na vivência da gravidez, em que a ocorrência de uma gravidez

de risco altera todas as expectativas que tinham sido delineadas para uma gestação normal e sem risco. O facto de estes internamentos serem prolongados e acontecerem por razões de incerteza quanto à sobrevivência ou viabilidade fetal ou do recém-nascido, provoca na mulher grávida/casal sentimentos de incerteza, ansiedade, medo ou impotência, comprometendo o seu bem-estar e da sua família. Deste modo, tentei estabelecer uma comunicação de apoio emocional e esclarecimento da mulher e família sobre todas as vivências e dúvidas relacionadas com a situação que estavam a vivenciar e da sua evolução. Consegui assim, promover a tranquilidade, a confiança nos cuidados e o bem-estar da mulher/família, pois na continuidade do internamento foi possível verificar que as mulheres/família facilmente expressavam sentimentos e pensamentos reais que as preocupavam e sentiam necessidade de partilhar e esclarecer, mostrando confiança no apoio e cuidado prestado. O mesmo aconteceu em situações de interrupção médica da gravidez, em que além de desenvolver uma assistência de cuidados direcionada para o processo de abortamento, também tive em atenção o desenvolvimento de intervenções direcionadas para a vivência emocional da situação, o que contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

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

Para desenvolver competências no âmbito do cuidado à mulher/família durante o TP, desenvolvi um período do estágio em SP, onde promovi a saúde da mulher em TP, otimizei a adaptação do RN à vida extrauterina, diagnostiquei e preveni complicações para a saúde da mulher e RN, e providenciei cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou TP. A envolvimento do companheiro em todo o processo foi importante ao longo do estágio, pois a presença do companheiro ou conviventes significativos das mulheres, transpõe nas mulheres conforto e segurança, o que permite melhorar a satisfação da parturiente na experiência do nascimento, bem como o progresso do trabalho de parto (Nené, Marques, & Batista, 2016). Deste modo, incentivei a presença do companheiro/convivente significativo na SP e a sua colaboração e intervenção em todo o processo, como no corte do cordão umbilical pelo pai/convivente significativo.

A entrada das mulheres na SP ocorria na fase latente ou em fase ativa do TP. Após a admissão das utentes, prestei cuidados que englobaram a colheita de dados inicial, uma

avaliação do bem-estar materno e fetal (manobras de Leopold, a auscultação cardíaca fetal, monitorização cardiotocográfica e a monitorização de sinais vitais). Para uma vigilância do bem-estar materno-fetal em SP, tendo em conta o estabelecido pelos consensos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), deve ser realizada a monitorização fetal intraparto que “visa evitar, por um lado, a ocorrência de lesões relacionadas com hipoxia/acidose e por outro lado, a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbilidade materna ou fetal” (Santo, 2016, p. 8). Segundo a OMS (2018a), recomenda-se uma auscultação cardíaca fetal intermitente através de um dispositivo de ecografia doopler ou um estetoscópio de Pinard para grávidas em TP de baixo risco que deve ser assegurada por um enfermeiro com experiência nessa avaliação. No entanto, devido à reduzida quantidade de enfermeiros disponíveis para a avaliação de forma segura, esta vigilância era realizada de forma contínua através da avaliação do RCT em todas as grávidas. Esta situação levou-me a refletir sobre a necessidade de treinamento de enfermeiros EESMO, durante a formação especializada, para melhorar a qualidade deste cuidado de auscultação cardíaca fetal intermitente, bem como aumentar o número de enfermeiros EESMO com experiência para o fazer segundo as orientações da OMS (2018a). Neste âmbito, desenvolvi a capacidade de interpretação do RCT, que deve ter por base a FCF basal - avaliando a variabilidade, a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações/acelerações, paralelamente com a avaliação do padrão contráctil uterino. Deste modo, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos relativamente à interpretação do RCT, e classificá-los segundo as *guidelines* da FIGO (Santo, 2016, p. 10) como “normais, suspeitos e patológicos”, relacionando outros fatores: mecanismos de defesa do feto; a situação clínica da grávida e os efeitos dos estímulos externos na FCF, atuando em conformidade com a situação clínica identificada.

Relativamente ao alívio da dor em TP que contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, desenvolvi e implementei intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. Para uma experiência de parto positiva, a OMS (2018a) recomenda o alívio da dor em TP de acordo com as preferências da parturiente. Informei assim as parturientes sobre a dor sentida ao longo do TP e de que modo a poderiam aliviar. Globalmente, as mulheres optaram pela analgesia epidural para o alívio e controlo da dor, pelo que observei a técnica, colaborei nos ensinamentos prestados à grávida, mantive uma vigilância do bem-estar materno-fetal e monitorização da dor. Enquanto não se realizava

a técnica, instruía a adequação da respiração, a mudança de posição ou a deambulação para alívio da dor e promoção do autocontrole da ansiedade.

Na monitorização do TP é importante que o EESMO desenvolva conhecimentos de interpretação do exame vaginal para avaliar as características do colo, a integridade das membranas amnióticas, características da apresentação e a relação feto-pélvica. Inicialmente, senti dificuldade em identificar características na realização do toque vaginal, no entanto com a clarificação com as enfermeiras tutoras, consegui ao longo do tempo melhorar a minha avaliação. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 437) o exame vaginal deve apenas “realizar-se na admissão, quando ocorre uma alteração significativa na atividade uterina, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rotura das membranas ou, quando se observam desacelerações variáveis da diminuição da FCF”. Contudo a OMS (2018a) recomenda realizar o exame vaginal em intervalos de quatro horas para identificação do prolongamento do trabalho de parto ativo. Desta forma, tive sempre em atenção o momento mais adequado para a realização do exame, solicitando permissão e consentimento da grávida. Na minha prática, realizava o exame vaginal tendo em conta as necessidades ou queixas das mulheres, as alterações/sinais significativos do trabalho de parto ativo, e raramente cumpria a rotina de avaliação em intervalos de quatro horas, porque geralmente em trabalho de parto ativo surgiam sinais para avaliação antes das quatro horas. O partograma é uma representação gráfica do TP para interpretar a dilatação cervical e a descida da apresentação, ao longo do tempo (Nené, Marques e Batista, 2016). Em SP, desenvolvi conhecimentos na monitorização do TP e na tomada de decisão perante ocorrências.

O segundo estadio do TP corresponde ao período expulsivo (período entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do bebé) (OMS, 2018a), durante o qual procurei estabelecer uma relação de confiança que permitisse que a mulher se concentrasse nos esforços expulsivos e na resposta natural que o seu corpo lhe solicitava, proporcionando e encontrando a posição mais confortável, pois “saber esperar, posicionando a parturiente e orientando-a nos esforços expulsivos, também contribui para facilitar o movimento de rotação” (Nené, Marques, & Batista, 2016, p. 317) do bebé. As posições adotadas pelas mulheres eram de acordo com a capacidade das mesmas para as realizar. Quando as mulheres se conseguiam colocar na posição de

quatro apoios, com a ajuda do companheiro/convivente significativo, elas demonstravam vontade e conhecimento para o fazer, facilitando os movimentos de rotação da cabeça do bebê. Realço que no contexto onde decorreu o estágio, os enfermeiros EESMO promoviam as mudanças de posição das mulheres durante o trabalho de parto, contudo, devido à anestesia epidural as mulheres por vezes não conseguiam deambular ou fazer força nos membros inferiores, o que limitava o movimento das mulheres em TP. Seria uma mais-valia a mudança de técnica anestésica para promover o movimento das mulheres em TP.

A realização de técnicas na execução do parto em apresentação cefálica, foi das atividades que me provocou mais expectativa, receio e medo durante o estágio. Inicialmente, senti dificuldade em atuar de forma rápida e concisa perante a progressão do parto na fase de extração fetal – na realização de manobras para controlar a velocidade de saída da cabeça do bebê, para a proteção do períneo, para a exclusão da possibilidade de existência de circular cervical e para o processo de desencravamento dos ombros. Esta dificuldade foi ultrapassada à medida que fui realizando partos e com o auxílio e apoio das enfermeiras tutoras. Mesmo realizando todas as manobras de extração corretamente, em dois partos atuei perante uma emergência obstétrica, a distócia de ombros. Esta acontece quando “a cabeça nasce, mas o ombro anterior não consegue passar sob a arcada púbica” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 851), na qual visualizei o *signal de tartaruga* (retração da cabeça fetal sobre o períneo materno em direção à pelve). Foi resolvida com a realização da manobra de McRoberts com a colaboração da equipa multidisciplinar (os membros inferiores da senhora são fletidos e afastados, com os joelhos sobre o abdómen). Realço a importância de o EESMO estar atento e consciente de todos os sinais que podem alterar o padrão normal do nascimento de um bebê, para atuar de forma correta em situações de risco materno-fetal.

A promoção da integridade do períneo/canal de parto, é facilitada pela reduzida manipulação nesta fase, “pela verticalidade e esforços expulsivos espontâneos e pela episiotomia seletiva” (Nené, Marques, & Batista, 2016, p. 318). Devemos realizar uma avaliação da elasticidade do períneo durante o coroamento da apresentação fetal e avaliar a necessidade de realizar episiotomia. Desta forma, aprendi a realizar a episiotomia, não por rotina como recomenda a OMS (2018a), mas em partos em que optei pela sua realização, nomeadamente em situações de sofrimento fetal agudo ou

macrossomia fetal (Nené, Marques, & Batista, 2016), e posteriormente a reparação do mesmo, quer em lacerações ou em episiotomias.

“O terceiro estágio de trabalho de parto vai desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 470) - dequitação. No estágio prestei cuidados durante a expulsão da placenta, desenvolvendo cuidados de prevenção de complicações para a mulher, como o risco de hemorragia. Como tal, avaliei as mulheres tendo em conta os sinais de perda sanguínea (avaliação dos lóquios, sinais vitais, palidez, tonturas, cansaço, alteração do nível de consciência e orientação) e atuei de forma precoce em situações que se alterassem do padrão normal.

Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem a mulheres com patologia associada ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto, tive várias oportunidades de colaborar na preparação da grávida para cesarianas urgentes perante complicações do TP, como sofrimento fetal agudo. Desenvolvi cuidados de enfermagem a mulheres com diabetes tipo 1 ou tipo 2, diabetes gestacional, hipertensão, entre outras patologias. Neste âmbito, pude consultar os protocolos do serviço para conhecer o modo de atuação e de prevenção de complicações no desenrolar o TP.

Relativamente ao estágio de observação, uma vez que decorreu num curto espaço de tempo, consegui conhecer e consolidar práticas que se proporcionam às mulheres/família durante o período de trabalho de parto que contribuem para a melhoria do bem-estar das mulheres, do convivente significativo e dos RN. Nomeadamente, nesta unidade a analgesia “walking epidural” é uma opção disponibilizada a todas as parturientes segundo as suas preferências, que permite as mesmas deambularem durante todo o trabalho de parto. Neste serviço as mulheres podem recorrer também a técnicas não farmacológicas para o alívio da dor como a hidroterapia ou o rebozo, as quais não tive oportunidade de experienciar ou observar. Uma outra diferença desta maternidade é a possibilidade de permanência do pai da criança/convivente significativo desde a entrada das mulheres até ao momento de alta, podendo pernoitar durante o internamento juntos das mulheres e recém-nascidos, o que facilita todo o processo de transição e adaptação à parentalidade da tríade mãe-filho-pai.

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

No âmbito da unidade de competência de promoção da saúde das mulheres e RN no período pós-natal, desenvolvi atividades que me permitiram informar e orientar as mulheres para a vivência desta fase de forma tranquila e com autonomia, promovendo a decisão esclarecida, nomeadamente no internamento de puérpera e RN.

Deste modo, informei e orientei as mulheres e os seus companheiros/conviventes significativos sobre o desenvolvimento, crescimento, sinais e sintomas do RN, promoção do aleitamento materno, sexualidade e contraceção no período pós-parto. Relativamente à atenção dirigida ao RN desenvolvi cuidados ao RN, paralelamente com exemplificação e transmissão de informação às puérperas, contribuindo para a melhoria na aprendizagem de competências no cuidado e na procura de soluções no processo de desenvolvimento do RN, facilitando o processo de transição para a parentalidade. Realço que senti por parte das mulheres/casal necessidade em realizar os cuidados que foram aprendidos durante os CPPP (alimentação, higiene, eliminação e prevenção de acidentes). Penso que seja nesta transição entre os conhecimentos adquiridos na teoria (leitura de documentos/livros, CPPP, partilha de experiências com pessoas familiares ou amigas), que o EESMO no internamento de puérperas e RN, adquire um papel importante ao colocar em prática os conhecimentos do que foi aprendido pela mulher/casal ao longo da gravidez, aumentando a confiança e segurança dos mesmos nos cuidados ao RN, desmistificando medos e receios. Além de tentar envolver sempre os companheiros ou conviventes significativos na prestação de cuidados ao RN e na aquisição de competências pelos pais, estas oportunidades foram reduzidas uma vez que este estágio decorreu durante a pandemia Covid-19 em que o período de visita do acompanhante, era reduzido durante o internamento das puérperas e RN.

Relativamente ao aleitamento materno e alimentação do RN é um assunto que provocava diversas dúvidas à puérpera/casal/família. Verificando-se uma preocupação principalmente com o modo como o RN realiza a pega na mama, a quantidade de leite produzida e os sinais de fome e saciedade do bebé. Pelo que orientei as mulheres/família sobre conforto da mãe e do RN na amamentação, lactação, horários das mamadas segundo as necessidades do bebé, medidas de suporte para promover uma pega correta, alternância de posições do RN para mamar, bem como abordei as complicações da amamentação – mamilos dolorosos, ingurgitamento mamário ou

mastite. Promovi também a colaboração do companheiro na amamentação, para promover o bem-estar da tríade mãe-pai-filho, nomeadamente ao informar e orientar sobre estratégias de conforto e solução para as dificuldades/desconfortos mais frequentes com a mama e amamentação, e de que forma o companheiro poderá auxiliar a mulher no alívio das dificuldades.

Ao nível da promoção da saúde da mulher neste período, desenvolvi cuidados de apoio à adaptação pós-parto, informado sobre os processos normais e fisiológicos que o organismo de uma mulher experiencia depois do nascimento dos filhos, bem como proporcionei momentos de partilha sobre as dificuldades e as necessidades das mulheres/família de modo a promover a saúde mental na vivência do puerpério, de forma a contribuir para uma parentalidade responsável, envolvendo os companheiros em todo o processo. Foi também importante esclarecer as mulheres sobre a importância dos cuidados de higiene perineais para a prevenção de infeções, e autocuidado no geral para promover a sua identidade como mulher. Assim como informar sobre a retoma de exercício físico e opção de estilos de vida saudáveis. Relativamente ao retorno a atividade sexual ativa e à prevenção de uma gravidez indesejada, informei e orientei as mulheres/casal sobre a sexualidade e a contraceção no período pós-parto (tipos de métodos contraceptivos, vantagens e desvantagens), sendo que as escolhas devem ter em conta a vontade da mulher, o tipo de aleitamento e a existência de possíveis comorbilidades na mulher, e recomenda-se o espaçamento entre duas gravidezes num período de 24 meses (SPC, SPG & SPMR, 2020). No entanto, deparei-me que durante o internamento os enfermeiros especialistas em ESMO, pouco ou nada abordam o assunto da sexualidade com as utentes e quando questionadas, referiram falta de conhecimento e dúvidas neste âmbito. Por sua vez, os médicos, no momento da alta, questionavam as mulheres sobre a preferência do método contraceptivo e faziam a prescrição do mesmo. Mas, por regra, não tive oportunidade de observar a promoção da saúde sexual e o empoderamento efetivo das mulheres face à vivência saudável da sua sexualidade. Considera-se que a capacidade dos indivíduos atingirem o bem-estar na área da saúde sexual e saúde reprodutiva depende do acesso a informação sobre sexualidade, contraceção e a cuidados de saúde sexual com qualidade (OMS, 2015a). Deste modo, considero ser importante o EESMO desenvolver cuidados e dirigir a sua atenção, também para promoção do bem-estar sexual por parte dos casais, após o nascimento dos

filhos. Esta realidade, ajudou-me a decidir desenvolver uma investigação empírica sobre saúde sexual e a saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

Relativamente ao diagnóstico e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal, tentei ao longo do estágio assegurar uma vigilância para garantir uma correta adaptação ao meio extrauterino - vigilância dos sinais de termorregulação do RN, da função respiratória e circulatória; e da atividade global, neurológica, comportamental e relação afetiva com os pais, referenciando situações que estavam para além da minha área de atuação, assim como, apoiei a mãe e o pai no cuidar do seu filho e no seu autocuidado.

No que diz respeito à prevenção de complicações para a saúde da mulher, desenvolvi cuidados ao vigiar a adaptação do organismo da mulher no pós-parto, procurando detetar precocemente alterações e agindo em conformidade com o diagnosticado. Observei e acompanhei diariamente as utentes monitorizando o seu estado de saúde através de uma avaliação global - do estado de consciência, dos sinais vitais, da avaliação da mama, a avaliação da involução do útero (nível de contração e a AFU), a vigilância de lóquios e as suas características, a observação do períneo (com ou sem episiorrafia ou traumatismos decorrentes do parto) a presença de globo vesical.

Tentei sempre estar desperta para os sinais e sintomas emocionais e psicológicos da mulher e a proporcionar períodos de repouso para evitar fadiga e instalação de sentimentos depressivos e de tristeza. Referenciei situações que estavam fora do padrão normal da recuperação de pós-parto, bem como situações em que detetei alterações no processo de transição e adaptação à parentalidade tanto das mulheres como dos pais/conviventes significativos, nomeadamente na recusa da realização dos cuidados e satisfação das necessidades ao RN, na expressão de sentimentos de raiva e ansiedade na relação com RN e na rejeição do RN pelos progenitores.

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

O climatério é o “período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva”, em que decorre um declínio da função ovárica de forma progressiva (SPG, 2021, p. 12). Geralmente, é um período caracterizado por sinais e/ou sintomas, que definem a síndrome climatérica: “irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações do humor e do sono, entre outros” (SPG,

2021, p. 12). Estes sintomas decorrem da diminuição gradual da produção hormonal dos ovários, que também aumenta a suscetibilidade da mulher a patologias que possam decorrer dessas alterações hormonais.

Ao longo das consultas enfermagem realizadas durante o estágio na UCSP e CE, procurei identificar a forma como a utente se encontrava a vivenciar esta transição, com vista a promover a sua saúde, a diagnosticar complicações e a providenciar cuidados à mulher na adaptação à menopausa. É importante identificar quais as suas necessidades ou dificuldades, sintomas e também qual o significado que atribui a esta fase da vida, de forma a conseguirmos desmistificar alguma ideia preconcebida, para uma melhoria na qualidade de vida. Perante os dados colhidos, tive a oportunidade de abordar com as utentes o climatério como uma fase de transição, fisiológica e normal na vida da mulher, de modo a que compreendessem que a sintomatologia característica varia de mulher para mulher.

Como enfermeiro especialista em ESMO, torna-se importante dar resposta aos sinais de saúde da mulher que englobam toda a sintomatologia normal desta fase (alterações de humor, suores, afrontamentos), de modo a promover bem-estar, quer para a mulher no seu todo, como na sua relação com os seus familiares e comunidade onde está inserida. Enquanto enfermeira especialista em ESMO que tem como alvo a mulher no seu ciclo de vida, procurei aconselhar de modo a que adotassem comportamentos promotores de saúde e de controlo de sintomas associados a esta fase. Contudo, ao longo de todo o estágio foram reduzidas as oportunidades que me permitiram ter contacto com mulheres a vivenciar esta fase, ou antes desta fase onde poderia ter desenvolvido cuidados antecipatórios para a vivência desta transição. O facto de o número de semanas de estágio ser menor na CE e na UCSP, influenciou as oportunidades de cuidados a mulheres/família a vivenciarem o período do climatério.

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

Ao longo do estágio, as oportunidades relacionadas com cuidados de enfermagem a mulheres/família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica também foram reduzidas, pois o contacto com estas mulheres/família também se desenvolvem na CE e na UCSP. No entanto, procurei nos contextos de cuidados de saúde na CE e na UCSP realizar consultas de forma a promover a saúde das mulheres, uma vez que as doenças

do foro ginecológico têm um impacto tanto na sua qualidade de vida, como nos indicadores de saúde e nos custos a elas associados. Como tal, considero importante como EESMO promover uma adesão precoce aos rastreios de saúde das mulheres para uma vigilância da sua saúde sexual e saúde reprodutiva, uma vez que “o rastreio e a consulta a ele associada são fundamentais quer para motivar comportamentos preventivos, quer para a identificação de fatores de risco, controle e detecção precoce, melhorando o prognóstico” (Ferreira, Ferreira, Ferreira, Andrade, & Duarte, 2014, p. 85). Deste modo nos cuidados de saúde primários, colaborei, planeei e concebi a realização de rastreios do cancro do colo do útero, informando e orientando para unidades de rastreio do cancro da mama, no sentido de promover a saúde ginecológica e da mama e contribuir para uma melhoria da taxa de adesão aos rastreios de saúde, promovendo uma decisão informada e esclarecida tendo em conta os recursos da comunidade, a acessibilidade, as crenças com a saúde/doença e tratamento, a motivação, entre outros fatores.

No estágio da CE tive a oportunidade de observar e colaborar em consultas de patologia da mama e do aparelho genital feminino, o que me levou a refletir sobre a nossa importância na referenciação de situações que estão para além da nossa área de atuação para serviços de saúde mais diferenciados e na orientação da mulher/família em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. Neste âmbito, como EESMO considero importante estabelecer uma relação positiva e de proximidade com as utentes, de modo a que estas se sintam mais motivadas e receptivas a aderirem aos tratamentos e a manterem uma boa qualidade de vida, de acordo com as necessidades que possam estar afetadas devido à doença, promovendo a sua saúde. Sendo uma limitação a falta de oportunidades de assistir mulheres/famílias a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, é importante realçar a necessidade de desenvolvimento de cuidados de enfermagem por parte dos EESMO, uma vez que se verifica ser uma área ainda com reduzida intervenção e cuidado dos EESMO.

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

No âmbito desta competência, considero que ao longo dos estágios nas unidades de saúde na comunidade e na CE, desenvolvi e adquiri conhecimentos que me permitiram identificar e conhecer infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso, para que posteriormente me fosse possível realizar uma referenciação e encaminhamento de situação clínicas das utentes, tendo em conta sinais e sintomas de

alerta e a própria autovigilância da saúde por parte das utentes, por exemplo no âmbito do programa de rastreio de cancro da mama.

Torna-se também importante um EESMO reconhecer as causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal, tendo em conta o conhecimento epidemiológico, de forma desenvolver cuidados de enfermagem seguros e a promover um empoderamento para as mulheres em idade fértil, ou seja, tendo em conta os riscos associados. Assim, ao longo do estágio a vigilância e a informação transmitida às mulheres ao longo do seu ciclo vital, serviram para as mesmas tomarem decisões de forma consciente e informada, no sentido de protegerem a sua própria saúde e assim melhorar os indicadores de saúde e a sua qualidade de vida. Nestes contextos também tive sempre em atenção a divulgação de informação pertinente e direcionada às mulheres em período fértil, sobre programas de saúde, por exemplo sobre o programa nacional de vacinação, no âmbito da saúde reprodutiva: planeamento familiar; doenças infecciosas e gravidez; infertilidade, ou programas de prevenção da violência contra as mulheres, de forma a promover e a manter a saúde da população e no sentido de prevenir complicações na área da saúde da mulher.

NOTA FINAL

O programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro EESMO, regulamentado por Diretivas Europeias, nomeadamente pela Diretiva 2005/36/CE, além de contemplar o desenvolvimento das competências supramencionadas, contempla um conjunto de experiências mínimas adequadas para desenvolver e alcançar no tempo de duração da formação dos diferentes contextos de prestação de cuidados de acordo com o período de estágio (Aviso nº 3916/2021 de 3 de março, 2021).

Desta forma, ao longo do estágio as atividades desenvolvidas permitiram-me desenvolver as experiências mínimas da prática de cuidados de enfermagem, segundo a Diretiva 2005/36/CE. As experiências mínimas foram registadas em documento próprio e validadas pela enfermeira tutora, e posteriormente registadas numa plataforma digital da instituição de ensino, com validação posterior das professoras orientadoras. Devido ao estado pandémico em que decorreu o estágio, por momentos houve alguma dificuldade em desenvolver o número de experiências mínimas do programa formativo,

contudo não houve a necessidade de prolongar o tempo de estágio nos contextos de prestação de cuidados.

O alcance das experiências mínimas levou-me a refletir que o facto de serem “mínimas”, não revela experiência na realização de uma determinada atividade, pois é necessário uma continuidade da sua realização e um período de tempo superior ao dos estágios para garantirmos eficácia e confiança no desempenho, que vai além das experiências mínimas.

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS – DO CONHECIMENTO À AUTODETERMINAÇÃO

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

Os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva enquadram-se no conceito de sexualidade. A sexualidade é entendida como um aspeto fundamental e central do ser humano em todo o seu ciclo vital, que engloba “sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer intimidade e reprodução” (OMS, 2015a, p. 15) e é expressa por pensamentos, desejos, valores, crenças, comportamentos, atitudes e relacionamentos, sendo influenciada por fatores inerentes aos indivíduos (OMS, 2015a). A função sexual é entendida como o produto de uma complexa interação entre diversos factores fisiológicos, psicológicos, físicos e interpessoais, representando um componente significativo da saúde e da qualidade de vida do ser humano (Mendonça, Silva, Arrudai, García-Zapata, & Amaral, 2012; OMS, 2018b). O ciclo da resposta sexual reúne aspetos como o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução, que são influenciados pela componente emocional e psicológica dos indivíduos de ambos os sexos (Henrique, 2021).

Com a evolução das evidências sobre o comportamento sexual masculino e feminino, defende-se que homens e mulheres apresentam diferentes formas de resposta sexual. A excitação da mulher é mais complexa e subjetiva do que no homem, acontecendo acompanhada ou não por mudanças fisiológicas. Na mulher o desejo e a excitação coincidem, pois mesmo que ausente inicialmente, o desejo surge com a experiência sexual desde que a mulher se sinta excitada, mas no homem não. O desejo pode ser caracterizado pela iniciativa ou desencadeado pela resposta à iniciativa do outro. A excitação é representada por mudanças fisiológicas do organismo para permitir a

atividade sexual, no homem pela ereção do pênis e na mulher com a expansão da vagina e aumento de volume dos órgãos externos da mesma. O orgasmo corresponde a uma subida rápida da atividade fisiológica, com uma sensação de prazer intenso, clímax sensorial e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores. A resolução caracteriza-se por sensações de bem-estar e relaxamento muscular. As mulheres após esta fase conseguem responder a um novo estímulo sexual, contudo depende das diferenças individuais (Rodrigues, 2021).

Segundo Gonçalves, Loureiro, e Domingues Fernandes (2019, p. 49) a disfunção sexual corresponde à “incapacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual”, que resulta de uma mudança em qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual, o que impede a pessoa ou o casal de experienciar satisfação no ato sexual. As disfunções sexuais mais comuns englobam “a diminuição da libido, em ambos os sexos; a disfunção erétil no homem; a incapacidade para atingir o orgasmo e a diminuição da lubrificação vaginal e satisfação sexual na mulher” (Gonçalves, Loureiro, & Domingues Fernandes, 2019, p. 49).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015, no que se refere à saúde, ela deve ser global, de qualidade, garantida a todas as pessoas, de modo a promover o bem-estar para todos e em todas as idades. Estabelece a meta específica que até 2030 seja assegurado o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a informação e a educação, assim como integrar a saúde reprodutiva em programas e estratégias nacionais (OMS, 2015b).

A saúde sexual corresponde ao “estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou efemeridades” (OMS, 2015a, p. 15), exigindo uma abordagem positiva, respeitosa, segura e prazerosa no que se refere a sexualidade e a relacionamentos sexuais, sem violência, discriminação e coerção. O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizado em Cairo em 1994, incluiu na definição da saúde reprodutiva a saúde sexual, considerando que as pessoas devem ter uma vida sexual satisfatória e segura, podendo tomar a decisão livre no que se refere a procriação, apontando para o propósito da saúde sexual como um aspeto potenciador da vida e das relações interpessoais e não apenas no que engloba a reprodução, contraceção e as doenças sexualmente transmissíveis (OMS, 2018b).

Deste modo, para o alcance desta meta dos ODS surgiu a necessidade de esclarecer as diferenças e relações entre saúde sexual e saúde reprodutiva. Segundo a OMS (2018b), a saúde sexual promove a vivência positiva da sexualidade e das relações sexuais, para que as pessoas tenham uma experiência segura e com prazer, sem discriminação ou violência, pelo que devem ser respeitados, cumpridos e protegidos os direitos sexuais de todas as pessoas, englobando também as áreas específicas da saúde reprodutiva (OMS, 2018b).

Ou seja, a saúde sexual não abrange toda a saúde reprodutiva, nem o contrário, pois segundo a OMS (2018b) estão intimamente relacionadas. Deste modo, a OMS (2018b) para esclarecimento dos conceitos, estabeleceu como objetivo final da saúde sexual o alcance do bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, elaborando representativamente, no documento “Sexual health and its linkages to reproductive health: na operacional approach” de 2018, um esquema em forma de roseta que relaciona todos os aspetos operacionais da saúde sexual e os seus vínculos com a saúde reprodutiva, colocando o objetivo final no centro da roseta. Em determinadas populações ou locais, quando se considera de forma paralela a saúde sexual e a saúde reprodutiva, a OMS (2018b) realça que alguns aspectos desse objetivo podem ser negligenciados. Deste modo, para aplicar a ampla definição de saúde sexual, no mesmo documento são relacionados: os princípios orientadores que devem ser incorporados em todas as intervenções de saúde sexual e saúde reprodutiva; as áreas de intervenção nas duas componentes; e os fatores socioestruturais, nomeadamente o contexto cultural, socioeconómico e legal onde residem as pessoas (OMS, 2018b). Relativamente às áreas de intervenção para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva, a OMS (2018b) distingue para cada componente as suas áreas específicas, definindo para a saúde sexual: a educação e informação integral; a prevenção, suporte e cuidados na violência de género; a prevenção e controle do vírus da imunodeficiência humana e outras doenças sexualmente transmissíveis; a função sexual e orientação psicosssexual; e para a saúde reprodutiva: a assistência pré-natal, durante o parto e puerpério; orientação e disponibilização de métodos contraceptivos; o tratamento da infertilidade e o aborto seguro (OMS, 2018b).

Após o nascimento dos filhos, a mulher vivencia um período caracterizado por diversas modificações internas e externas que têm influência na sua qualidade de vida e das pessoas do seu meio. A fase imediatamente após o nascimento dos filhos que se estende

até seis semanas corresponde ao período pós-natal (OMS, 2022), podendo ser designado por puerpério ou pós-parto segundo a OE (2015), durante o qual ocorre regressão das mudanças anatómicas e fisiológicas características da gravidez. No entanto, alguns estudos realçam a definição de pós-parto remoto ou puerpério remoto que se refere ao período de tempo que se verificam alterações físicas, psicológicas, hormonais, relacionais e socioculturais que a mulher ainda vivencia após as seis semanas, que engloba um período de tempo desde a sexta semana até aos doze meses após o parto ou em tempo indeterminado dependendo de mulher para mulher (Dias, Mutz, & Carneiro, 2020).

Depois de um nascimento, o útero sofre um processo de involução que corresponde ao retorno do útero ao estado não gravídico, que se inicia logo após à expulsão da placenta no parto. Após a expulsão da placenta e das membranas, devido ao processo de cicatrização do local de implantação da placenta, permanecem os lóquios, que correspondem à perda uterina de sangue, por um período médio de quatro semanas (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Depois do parto ocorre uma diminuição de estrogénios que consequentemente, provoca uma diminuição da espessura da mucosa vaginal e ausência de rugas. Em termos fisiológicos, o decréscimo de estrogénios é responsável pelo estreitamento da mucosa. A diminuição da lubrificação e desconforto nas relações sexuais (dispareunia), pode permanecer até ao reinício da função ovárica. Pode existir na vagina a presença de episiorrafia (incisão cirúrgica ao nível do períneo durante o parto) ou laceração reparada, em que dentro de 2 a 3 semanas a cicatrização deve ocorrer (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Ao nível hormonal, os níveis de estrogénios e de progesterona diminuem de forma rápida. Os estrogénios provocam o ingurgitamento mamário e a progesterona diminui para valores inferiores aos existentes durante a fase luteínica do ciclo ovárico. Nas mulheres que amamentam, o aumento da prolactina, suprime a ovulação e mantém-se em níveis elevados devido à resposta do organismo à sucção. O restabelecimento do ciclo menstrual é variável, pois em mulheres que amamentam pode surgir a menstruação entre o 2º e o 18º mês após o nascimento dos filhos, e nas mulheres que “não amamentam por volta da sexta e a oitava semana após o parto” (Nené, Marques, & Batista, 2016, p. 441).

Ao nível abdominal, após o parto, mantém-se uma distensão abdominal que de forma progressiva, retorna ao seu estado antes da gravidez. Geralmente a pele estabelece a sua elasticidade anterior, mas podem permanecer algumas estrias. A recuperação da tonicidade irá depender do tônus anterior, do tecido adiposo e do exercício adequado (Nené, Marques, & Batista, 2016).

As mamas também sofrem alterações devido à concentração de hormonas que vão depender se as mulheres amamentam ou não. Nas que amamentam, as mamas tornam-se mais volumosas nos primeiros dias e com produção de leite. Pela estimulação sexual ou orgasmo, é libertada a hormona responsável pela ejeção do leite, pelo que as mulheres podem experimentar libertação espontânea de leite (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Depois do nascimento dos filhos, a mulher enfrenta um período muito significativo para a expressão da sua sexualidade. O modo como a mulher lida com estas alterações, irá definir a sua vivência sexual (Dias, Mutz, & Carneiro, 2020). Os autores referidos consideram que o primeiro ano após o parto é um momento de transição marcante, pois além das alterações físicas e fisiológicas relacionadas com o pós-parto, também ocorrem mudanças psicossociais, nomeadamente na sua transição para o seu papel como mãe, no reinício do seu relacionamento e na satisfação das necessidades do seu filho e da sua família (Silva, et al., 2021). A vivência desta nova fase é influenciada por vários fatores que contribuem para uma melhor adaptação a este período, nomeadamente a duração da gravidez, do trabalho de parto e parto, o estado emocional da mulher, a saúde e bem-estar do recém-nascido e o apoio prestado pela família e pelos profissionais de saúde (Nené, Marques, & Batista, 2016).

O reinício da atividade sexual com penetração vaginal “é uma decisão que compete única e exclusivamente ao casal, devendo ocorrer quando este se sentir preparado” (Nené, Marques, & Batista, 2016, p. 462), contudo é recomendado que tal aconteça após a consulta de pós-parto. Nesta consulta, que deve ocorrer quatro a seis semanas depois do parto serão avaliados e despistados possíveis problemas. Nesta fase, as mulheres que amamentam podem experienciar mudanças na sua sexualidade, pelo que o interesse pela relação sexual por aumentar ou diminuir. A fadiga e o cansaço das primeiras semanas pode contribuir para a diminuição do desejo sexual, quer nas mulheres que amamentam ou não. As mudanças hormonais que ocorrem nas mulheres que amamentam podem provocar secura vaginal (Nené, Marques, & Batista, 2016).

É comum a mulher sentir alterações na sua sexualidade e no seu bem-estar sexual como a diminuição do desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal e dificuldade em atingir o orgasmo (diminui de intensidade e duração), pois a resposta fisiológica à estimulação sexual poderá ser mais lenta e menos intensa nos primeiros 3 meses depois do parto (Henrique, 2021).

Estas condições estão associadas a fatores como as alterações hormonais, a dispareunia, a fadiga, o medo de uma nova gravidez, a repulsa à imagem corporal, a presença de incontinência urinária e/ou anal (Henrique, 2021). Estes fatores constituem para as mulheres sentimentos de insegurança, desconforto, e distanciamento do parceiro (Dias, Mutz, & Carneiro, 2020).

Segundo Santos, Santos & Cendoroglo (2015, p. 49) também a “ansiedade pode provocar dispareunia por diminuição do fluxo sanguíneo para a vagina”, assim como um défice na lubrificação vaginal desenvolve uma maior friabilidade e irritação do tecido vaginal, e consequentemente pode provocar dor. A ocorrência de um parto vaginal também influencia o envolvimento dos músculos do pavimento pélvico que apresentam um papel responsável no prazer sexual, pelo que as alterações físicas no períneo feminino decorrentes do parto - episiotomia e/ou lacerações - desenvolve na mulher dor durante a atividade sexual.

A diminuição do desejo sexual pode também estar relacionado com outras causas como a exaustão, as mudanças e perturbações do sono, o cansaço, a preocupação e atenção para os cuidados ao recém-nascido, a depressão pós-parto, as alterações da imagem corporal e a amamentação (DeMaria, Delay, Sundstrom, Wakefield, Avina, & Meier, 2019) ao estimular a produção de prolactina, vai diminuir a libido sexual das mulheres (Santos, Santos, & Cendoroglo, 2015).

O facto de o parceiro não compreender as necessidades e os desejos da mulher neste período tem implicação no bem-estar sexual da mulher, uma vez que este ao apresentar-se desconfortável com os seus desejos, desenvolve na mulher sentimentos de não se sentir mais atraente e desejável. O nascimento de um filho desenvolve na família uma responsabilidade de reorganização e adaptação do casal. Sendo um momento mais vulnerável para a mulher, é importante que exista compreensão e apoio no seio familiar. Como existem implicações na relação afetiva e sexual do casal, para auxiliar a ultrapassar todas as mudanças, o diálogo e a compreensão em casal torna-se essencial. É

importante que se reconheça que além do papel de pais, o casal deve realçar a necessidade da retoma da cumplicidade, intimidade e reaproximação do parceiro enquanto casal (Siqueira, Melo, & Morais, 2019).

Relativamente à saúde reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos, esta representa uma preocupação neste período pelo receio e medo de engravidar de forma precoce, sendo o conhecimento sobre o assunto insuficiente e gerador de dúvidas e insegurança (Siqueira, Melo, & Morais, 2019).

O planeamento familiar, sendo um método que assegura informação e aconselhamento sexual (DGS, 2008), a orientação das mulheres quanto à saúde reprodutiva deve ser iniciada antes da alta do internamento da maternidade, com a mulher e o seu companheiro, ou segundo alguns autores, no período pré-natal, pois a aceitação do método contraceptivo, a motivação para a sua utilização, a sua eficácia e a orientação adequada do profissional de saúde, determinam o sucesso da utilidade do método escolhido (Siqueira, Melo, & Morais, 2019). A escolha do método deverá ser livre, individual, informada e de acordo com os critérios de elegibilidade médica para o uso de contraceção disponíveis no Consenso sobre Contraceção de 2020 (SPC, SPG & SPMR, 2020).

O Consenso sobre Contraceção de 2020, realça que o espaçamento entre duas gravidezes recomendado é 24 meses, em que a escolha do método contraceptivo deve ter em conta a opção das mulheres, a forma de aleitamento da criança e as comorbilidades das mulheres. Se as mulheres não amamentam, a ovulação irá ocorrer por volta do 39º dia sendo recomendado a utilização imediata após o parto de contraceção eficaz, enquanto nas mulheres que amamentam a ovulação ocorrerá mais tarde, pelo que o estabelecimento do início da contraceção pode ser protelado (SPC, SPG & SPMR, 2020).

Relativamente ao início da contraceção, segundo as recomendações do Consenso sobre Contraceção de 2020, as mulheres quer amamentem ou não, podem iniciar a pílula progestativo oral (PO), o implante subcutâneo e o injetável, entre as zero e 3 semanas após o parto. A laqueação tubária poderá ser realizada até 7 dias depois do parto ou após 42 dias (SPC, SPG & SPMR, 2020).

Para as mulheres que amamentam, podem utilizar o dispositivo intrauterino (DIU) imediatamente ou após 4 a 6 semanas do nascimento do filho. As mesmas podem iniciar

contraceptivo hormonal combinado (CHC) (oral, transdérmico ou vaginal) e métodos de barreira, após 6 meses do parto. O método calendário, segundo as recomendações não é aplicável para as mulheres que amamentam (SPC, SPG & SPMR, 2020).

Relativamente às mulheres que não amamentam, podem utilizar métodos de barreira imediatamente após o parto. O CHC (oral, transdérmico ou vaginal) recomenda-se ser iniciado 3 a 6 semanas após o parto (tendo em conta os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção após o parto). O DIU poderá ser iniciado imediatamente ou 4 a 6 semanas depois do parto. E por último, o método de calendário pode ser utilizado após 3 ciclos regulares (SPC, SPG & SPMR, 2020).

2.2 AUTODETERMINAÇÃO DAS MULHERES SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

Segundo o Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 os cuidados de saúde devem centrar-se na capacitação dos indivíduos de modo a torná-los mais autónomos e responsáveis pela sua saúde e a de quem deles depende (DGS, 2015). O conceito de autodeterminação compreende um conjunto de atitudes que permitem cada pessoa estabelecer objetivos e metas por iniciativa própria, sendo capaz de decidir e de alcançar os mesmos, tendo assim um controlo pela sua própria vida (Ribeiro, 2014). A autodeterminação possibilita as pessoas a agirem consoante os seus valores, crenças, desejos e prioridades, sendo resultante do desenvolvimento do próprio sujeito, uma vez que está relacionado com o facto de o mesmo conseguir resolver problemas, tomar decisões, assumir responsabilidades e responder pelas suas ações, por si mesmo e de forma consciente (Zillmer et al., 2013).

A autodeterminação diz respeito à “capacidade da pessoa para saber o quê e como escolher, definir e alcançar objetivos pessoais, requerendo para tal, conhecimento muito abrangente de si próprio, quer das suas necessidades, expectativas e potencialidades” (Ribeiro, 2014, p. 2). Como um princípio fundamental dos Direitos Humanos, a autodeterminação refere-se ao direito individual de cada pessoa para delinear o seu projeto de vida e em estabelecer controlo sobre si próprio baseando-se na sua individualidade (Ribeiro, 2014). A autodeterminação não deve ser restringido a uma capacidade, habilidade ou a um determinado comportamento, pois apresenta uma “utilidade nacional e política, podendo ser considerada um direito, um ideal ou um princípio, assim como uma utilidade pessoal, podendo ser definida como uma

motivação interna, um traço ou uma característica de cada indivíduo” (Simões, 2016, p. 7).

Ao nível do domínio teórico, a capacidade de autodeterminação vai-se desenvolvendo ao longo da vida de uma pessoa com a interação do próprio eu e o meio envolvente, pelo que depende das vivências individuais, da pessoa ser mais ou menos autodeterminada e varia consoante o tempo e o contexto social. Além disto, todas as pessoas necessitam de um apoio no desenvolvimento dos seus conhecimentos e das suas aprendizagens, de modo a que desenvolvam um controlo sobre a sua própria vida e alcancem níveis mais elevados de qualidade de vida, uma vez que um indivíduo é mais autónomo quando é autodeterminado. O conceito de autodeterminação associa-se ao termo de qualidade de vida. Uma pessoa autodeterminada consegue alcançar elevados níveis de qualidade de vida (Ribeiro, 2014). “Promover a autodeterminação significa compreender a pessoa como capaz e competente” (Ribeiro, 2014, p. 7), tornando-a mais autónoma, proporcionando oportunidades de escolha e de tomada de decisão. Um indivíduo quando tem a percepção de competências de autodeterminação pressupõe-se a ele mesmo, a definição de expectativas, de interesses e metas pessoais consoante as adversidades que lhe surgem na sua vida, tornando-se responsável e a viver a vida de forma plena (Ribeiro, 2014).

De acordo com Simões (2016), o conceito de autodeterminação engloba diversos componentes individuais, nomeadamente cognitivos, psicológicos e fisiológicos. “A autodeterminação está relacionada com determinantes internos e externos do indivíduo, sendo através desta reciprocidade de fatores que se desencadeiam mudanças de atitudes” (Simões, 2016, p. 8).

A teoria da autodeterminação de Deci e Ryan (2000), segundo Dean et al., (2021) e Durso, Nascimento, & Cunha (2016), prevê que o comportamento humano é incentivado por três necessidades psicológicas primárias e essenciais, nomeadamente, a *autonomia*, que resume a participação em atividades onde exista a possibilidade de escolha, onde o indivíduo é o agente e está na origem da sua ação para determinar o seu próprio comportamento; a *competência*, quando um indivíduo se sente capacitado e com confiança para desenvolver um determinado comportamento ou atitude; e a *relação social*, que reflete a necessidade de um indivíduo se relacionar com o outro e compreender de que forma o comportamento é reconhecido por outras pessoas. A teoria de Deci e Ryan (1985) refere que, quando os indivíduos experimentam estas três

necessidades, tornam-se autodeterminados e sentem-se internamente motivados, contribuindo para o seu crescimento psicológico. A motivação relaciona-se assim com o que move ou impulsiona uma pessoa a desenvolver uma determinada ação ou objetivo, podendo ser compreendida como um conjunto de fatores psicológicos, afetivos e intelectuais que determinam, em conjunto ou de forma isolada, uma determinada ação e a conduta de uma pessoa (Durso, Nascimento, & Cunha, 2016).

De acordo com a teoria da autodeterminação, distingue-se os tipos de motivação de modo a compreender qual o tipo de motivação específica seria mais importante para determinar ou influenciar um comportamento ou uma ação, analisando-se a motivação em três grupos - a desmotivação, a motivação extrínseca e a motivação intrínseca (Borges, Miranda, & Freitas, 2017).

A desmotivação corresponde à ausência de interesse e proatividade, consequentemente ausência de autodeterminação. A motivação extrínseca, segundo Borges, Miranda, & Calheira Freitas (2017), corresponde à motivação para responder a algo externo à ação, com a finalidade de ter recompensas (materiais, ou sociais), como também para responder a pressões de outras pessoas. Esta motivação pode ser subclassificada em motivação extrínseca por: regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada e regulação integrada. A regulação externa é a forma menos autónoma da motivação extrínseca, uma vez que a pessoa realiza uma ação para ser recompensada ou precaver punições; na motivação extrínseca por regulação introjetada, os resultados da ação são geridos pela própria pessoa, quer seja por ansiedade, pelo reconhecimento social, culpa ou pressões internas; na regulação indentificada, a pessoa realiza uma atividade sendo algo pessoalmente importante para si, sendo assim um desejo interno mas de origem externa; por último a motivação extrínseca por regulação integrada, “é a forma mais autonoma, envolvendo escolha e valorização pessoal da atividade” (Borges, Miranda, & Freitas, 2017, p. 93). A motivação intrínseca diz respeito à realização de uma ação pela própria satisfação da pessoa e, a realização da mesma é expontânea, desenvolvendo-se sem a necessidade de pressões externas ou internas (Borges, Miranda, & Freitas, 2017).

As influencias internas e externas não podem ser vistas como dois princípios opostos, pois um indivíduo tanto pode apresentar motivações intrínsecas quanto extrínsecas, podendo variar de pessoa para pessoa e direcioná-la a desenvolver ou não uma determinada atitude ou ação. Deste modo, a motivação, ou seja a autodeterminação da pessoa pode depender de fatores pessoais internos, como expectativas, crenças, valores

e/ou preconceitos e externos, como o cônjuge, a família, os amigos, normas socioculturais, sendo “influenciada por experiências de aprendizagem anteriores, não podendo ser desvinculada de fatores relacionados com o contexto de aprendizagem” (Durso, Nascimento, & Cunha, 2016, p. 88).

Após o nascimento de um filho, Mota et al. (2021) refere que a mulher, mesmo com uma vigilância da gravidez responsável e uma gestação saudável, chega a este período com déficit de conhecimento para se autocuidar, bem como na formação da sua autonomia. “As mulheres orientadas e informadas terão certamente mais segurança, confiança e menos ansiedade para se autocuidarem” (Mota et al., 2021, p. 3) e tomarem decisões sobre as suas necessidades ao longo do período de tempo.

As necessidades relacionadas com a maternidade e com o cuidado ao filho são sobrepostas às necessidades do âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva, tendo influência na liberdade de escolha da mulher e na efetivação do direito das mesmas. Deste modo, a assistência em saúde sexual e saúde reprodutiva, sendo influenciada pelos valores e meio social, facilmente compromete o empoderamento e a necessidade de autodeterminação das mulheres (Justino, Soares, Baraldi, Teixeira, & Salim, 2019).

2.3 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

A mulher ao tentar adaptar-se aos novos papéis e responsabilidades, após o nascimento dos filhos, encontra-se vulnerável ao nível físico e emocional, necessitando de apoio na aquisição de novos conhecimentos e para o estabelecimento de uma continuidade de cuidados na satisfação das suas necessidades. A mulher vivência diversas modificações que geram dúvidas e para as quais ela se sente desconfortável para partilhar. O retorno da atividade sexual, a utilização da contraceção, problemas inerentes à vida conjugal, podem desenvolver impactos negativos na mulher ao nível da saúde física e psicológica e na saúde sexual e saúde reprodutiva.

O nascimento de uma criança tem sido descrito como um processo de transição do ciclo de vida da mulher. Ao nível da saúde sexual e saúde reprodutiva da mulher, implica um conjunto de mudanças e adaptações na vivência da sexualidade. A transição, segundo Meleis (2010) referido por Costa L. G. (2016), é uma passagem entre dois períodos de

tempo estáveis, de uma fase de vida, estado ou condição para outro. As transições ocorrem ao longo do tempo, durante a qual, a pessoa experimenta profundas mudanças no seu meio externo e na forma como as entende. Essas mudanças, apresentam repercussões significativas na vida e na saúde das mulheres, dos seus companheiros e das suas famílias, sendo um período caracterizado pela necessidade de uma pessoa incorporar novos conhecimentos, alterar o comportamento e definir o seu contexto social, tendo em conta as suas necessidades internas e externas afetadas por esse processo (Costa L. G., 2016).

As fases de transição de um indivíduo, caracterizadas por processos de mudança e adaptação, são acontecimentos cruciais para a intervenção de enfermagem, tendo em conta a vulnerabilidade em saúde que a mudança provoca. Uma transição bem-sucedida é aquela em que os sentimentos de angústia são substituídos por uma sensação de bem-estar e domínio de um processo de mudança (Meleis, 2010). Deste modo, segundo Meleis (2010), o enfermeiro visa potencializar uma transição saudável, auxiliando os indivíduos, famílias e comunidades a lidar com uma transição, nomeadamente antecipando respostas, fornecendo orientação precoce, melhorando sintomas, melhorando a saúde e o bem-estar, e apoiando no desenvolvimento do autocuidado (Meleis, 2010).

A constante procura de conhecimento e melhoria dos cuidados de enfermagem, deve ser considerada como prioridade no exercício da profissão de enfermagem. O EESMO deve estar centrado no conhecimento do projeto de vida das mulheres que assiste e nos aspetos relacionados com a experiência da transição que a mulher vivencia.

No cuidado centrado na mulher, o EESMO assegura princípios fundamentais em que as mulheres são incluídas no planeamento e prestação de cuidados de forma igualitária; é permitida a oportunidade de escolha informada; as mulheres controlam as decisões e são apoiadas relativamente à prestação de cuidados, e as mulheres usufruem de uma continuidade de cuidados que lhes permite o desenvolvimento de relações de confiança com os prestadores de cuidados (OE, 2015). Desta forma, o EESMO permite à mulher a sua própria tomada de decisão “apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos” (OE, 2015, p. 9).

A promoção da saúde, segundo a fundamentação da Carta de Ottawa em 1986, corresponde a um processo em se desenvolvem ações direcionadas para cada indivíduo, identificando problemas e a capacidade para alterá-los, visando uma melhor qualidade de vida e de saúde (Lima et al., 2019). Por meio da promoção da saúde, desenvolve-se a capacitação de mulheres, através do qual conseguem adquirir um maior controle nas suas tomadas decisões e atitudes relativamente à sua saúde (Lima et al., 2019).

Deste modo, o enfermeiro assume uma importante responsabilidade, como educador, desenvolvendo ações onde promove a individualidade, o autocuidado, integralidade e o empoderamento feminino, devendo capacitar as mulheres para uma tomada de decisão autónoma e com reflexos na melhoria da sua qualidade de vida (Mota et al., 2021). A reduzida informação transmitida pela equipa de saúde sobre planeamento familiar e contraceção, pode tornar-se um motivo de insegurança das mulheres após o nascimento dos filhos para o seu bem-estar sexual (Dias, Mutz, & Carneiro, 2020).

Considera-se, assim, ser importante identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento de um filho, como uma ferramenta de auxílio ao enfermeiro especialista, com o objetivo de desenvolver estratégias promotoras de autocuidado e autodeterminação numa fase de grande vulnerabilidade da vida das mulheres, que pode ter repercussões significativas no seu projeto de vida e de saúde.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia usada neste estudo, nomeadamente a questão de investigação e os objetivos, os participantes, a recolha e análise de dados e os procedimentos formais e éticos.

3.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Em investigação científica, os autores Bogdan e Biklen (1994) realçam a importância da formulação de questões de investigação para auxiliarem e orientarem o enquadramento do próprio estudo, refletindo os dados que serão analisados. Deste modo, surge a seguinte questão de partida para orientar esta investigação: “Quais os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o primeiro ano após o nascimento dos filhos?”.

A partir da questão de investigação, estabeleceram-se os seguintes objetivos de investigação:

- identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o primeiro ano após o nascimento dos filhos;
- conhecer os fatores que influenciam a autodeterminação das mulheres sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

3.2 TIPO DE ESTUDO

A abordagem qualitativa procura uma compreensão daquilo que estuda, referindo-se a estudos de significados, representações, percepções, vivências e experiências de vida. Os métodos qualitativos desenvolvem uma explicação da realidade por meio das experiências individuais e as percepções das pessoas (Patias & Hohendorff, 2019). Tendo em conta a natureza dos objetivos estabelecidos para o desenvolvimento do presente estudo, definiu-se a pesquisa qualitativa como a mais adequada para atingir os mesmos.

Assim, optou-se por um tipo de estudo exploratório-descritivo, uma vez que existem poucos conhecimentos sobre o fenómeno, pretende-se explorar as características de uma população em particular, descrevendo um fenómeno específico e determinando fatores numa determinada situação (Fortin, 2009).

3.3 PARTICIPANTES

Tendo por base os objetivos definidos e o conhecimento disponível sobre o tema, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão para a seleção das participantes.

Os **critérios de inclusão** foram:

- mulheres com mais de 18 anos;
- mulheres que falam e compreendam a língua portuguesa;
- mulheres que fizeram a vigilância pré-natal em instituições de saúde em Portugal;
- mulheres após o nascimento dos filhos – das 6 semanas de pós-parto até 12 meses (inclusive);
- mulheres que aceitaram participar de forma livre no estudo e assinarem o consentimento informado.

Como **critérios de exclusão** foram definidos:

- Mulheres conhecidas da investigadora;
- Mulheres que foram utentes / clientes da investigadora.

Tendo por base os critérios apresentados, procurou-se aceder às participantes através da técnica “bola de neve”, que consiste em recorrer a um informante para chegar a outro e assim sucessivamente, aumentando o tamanho da amostra. Esta técnica deve ser utilizada quando se pretende entrevistar ou observar pessoas que fazem parte ou tenham experimentado o fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2013). A técnica “bola de neve” foi seleccionada pela pertinência em localizar mulheres com filhos até 12 meses após o seu nascimento. Assim, para chegar à primeira participante, recorreu-se a pessoas conhecidas da investigadora para estabelecer contato com mulheres que reuniam os critérios de inclusão, chegando-se à primeira participante. Posteriormente, a participante sugeriu / propôs outras mulheres que se enquadravam nos referidos

critérios, aumentando o tamanho da amostra. Esta prática foi usada sucessivamente até atingirmos o número de participantes desejado.

Segundo as orientações de Streubert & Carpenter (2013), na investigação qualitativa não se estabelece um número específico de indivíduos para se responder a um problema de investigação, mas sim procura-se a repetição e confirmação de dados colhidos de modo a alcançar a sua saturação. Neste estudo, após serem entrevistadas dez mulheres que se enquadravam nos critérios definidos, a investigadora verificou que a maioria dos dados se repetiam e tendiam à saturação. Assim, optou por terminar a colheita de dados.

Passaremos a apresentar as participantes do estudo. No que se refere à caracterização sociodemográfica e académica apresentada na tabela 1, podemos verificar que as idades das participantes, variam entre 28 e 39 anos e apresentam uma média de 33 anos. Todas as mulheres eram portuguesas e a maioria (7) viviam no distrito de Leiria. Em relação ao estado civil, quatro (4) participantes eram casadas, quatro (4) solteiras e duas (2) mulheres viviam em união de facto. Quanto às habilitações académicas, a maioria (7) referiu ter o curso de licenciatura, duas (2) o grau de mestrado e uma (1) o ensino de secundário. Por último, quanto à profissão das participantes, verificou-se uma grande diversidade, duas (2) eram enfermeiras, uma (1) fisioterapeuta, uma (1) operária fabril, uma (1) educadora de infância, uma (1) assistente social, uma (1) *medical scientific liason*, uma (1) engenheira alimentar, uma (1) técnica de turismo e uma (1) contabilista.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e académica das participantes

Código	Idade	Nacionalidade	Local de residência	Estado Civil	Habilitações académicas	Profissão
E1	29	Portuguesa	Leiria	Solteira	Licenciatura	Fisioterapeuta
E2	32	Portuguesa	Leiria	Casada	Secundário	Op. Fabril
E3	31	Portuguesa	Pousos – Leiria	União de facto	Mestrado	Educadora de Infância
E4	29	Portuguesa	Marinha Grande - Leiria	Casada	Licenciatura	Assistente Social
E5	31	Portuguesa	Lisboa	Solteira	Mestrado	Medical Scientific Liason (indústria farmacêutica)
E6	38	Portuguesa	Alcanena - Santarém	Solteira	Licenciatura	Engenheira Alimentar
E7	36	Portuguesa	Marinha Grande - Leiria	Casada	Licenciatura	Técnica de Turismo
E8	36	Portuguesa	Marinha Grande – Leiria	União de facto	Licenciatura	Enfermeira
E9	28	Portuguesa	Sever de Vouga – Aveiro	Casada	Licenciatura	Enfermeira
E10	39	Portuguesa	Calvaria de Cima - Leiria	Solteira	Licenciatura	Contabilista

Quanto ao número de partos e à assistência de saúde pré-natal das participantes, podemos verificar na tabela 2 que, cinco (5) mulheres tiveram um parto e cinco (5) tiveram dois partos.

Os partos mais recentes das participantes decorreram entre maio de 2021 e fevereiro de 2022. Os partos mais antigos aconteceram entre 2012 e 2020. Todas as participantes fizeram vigilância da gravidez: na gravidez mais recente, quatro (4) mulheres nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e clínica privada, uma (1) mulher apenas em clínica privada, uma (1) mulher na maternidade, uma (1) nos CSP, na clínica privada e maternidade e uma (1) mulher em clínica privada e maternidade; na gravidez mais antiga, uma (1) em clínica privada e nos CSP, uma (1) mulher nos CSP e uma (1) em clínica privada; Duas participantes referiram que ambas as gravidezes realizaram vigilância da gravidez nas mesmas instituições, uma (1) nos CSP, em clínica privada e na maternidade e uma (1) mulher apenas em clínica privada. Relativamente ao número de consultas de vigilância da gravidez, oito (8) mulheres referiram que fizeram mais de oito (8) consultas e duas (2) realizaram mais de seis consultas de vigilância da gravidez.

No que diz respeito à frequência de Programas de Preparação para a Parentalidade (PPPP), nove (9) mulheres referiram participaram e uma (1) não frequentou. O lugar em que frequentaram os PPPP foram: clínica privada (2), CSP (4) – duas (2) presenciais e duas (2) via online – e três (3) mulheres numa maternidade via online. Todos os cursos foram orientados por enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. As participantes referiram que os PPPP consistiram na abordagem de assuntos divididos por sessões, das quais salientaram: nove (9) referiram cuidados ao RN, sete (7) realçaram o pós parto, uma (1) delas mencionou a sexualidade pós-parto especificamente sobre o planeamento familiar / contraceção e uma (1) a hemorragia no pós-parto, sete (7) referiram a amamentação; cinco (5) indicaram os exercícios de mobilidade e relaxamento na gravidez, três (3) referiram o trabalho de parto e parto, duas (2) relataram o assunto da dor no trabalho de parto e por último (1) mulher referiu que abordaram o plano de parto.

Tabela 2 – Caracterização das participantes quanto ao número de partos e assistência de saúde pré-natal

Código	Nº Partos	Local(ais) vigilância da(s) gravidez(es)		PPPP	Profissional
		Gravidez mais recente	Gravidez mais antiga		
E1	1	CSP + clínica privada		Sim	EESMO
E2	1	CSP + clínica privada		Sim	EESMO
E3	1	CSP + clínica privada		Sim	EESMO
E4	2	Clinica privada	CSP + clínica privada	Sim	EESMO
E5	1	CSP + clínica privada		Sim	EESMO
E6	2	Maternidade	CSP	Sim	EESMO
E7	2	CSP + clínica privada + maternidade	CSP + clínica privada + maternidade	Sim	EESMO
E8	2	Clínica privada	Clinica privada	Não	
E9	1	CSP + clínica privada + maternidade		Sim	EESMO
E10	2	Clínica privada + maternidade	Clínica privada	Sim	EESMO

Na tabela 3 apresentamos, a caracterização das participantes quanto ao parto e à assistência de saúde no parto e no pós-parto.

Todos os partos das participantes decorreram em contexto de maternidade. Relativamente ao tipo de parto, sete (7) tiveram parto eutócico (PE), duas (2) parto vaginal com auxílio de ventosa e uma (1) cesariana. Oito (8) mulheres referiram que foi realizada episiotomia. Na assistência ao parto participaram os seguintes profissionais de saúde: em quatro (4) participantes, o médico obstetra, EESMO e enfermeira; em três (3) participantes, o médico obstetra e EESMO; uma (1) participante o EESMO e enfermeiro; uma (1) o EESMO; e de uma (1) participante um médico obstetra, EESMO, enfermeira e anestesista.

A vigilância de saúde das participantes no pós-parto foi realizada por todas as participantes nos seguintes locais: cinco (5) em CSP e clínica privada; duas (2) em CSP; uma (1) em clínica privada e uma (1) em clínica privada e no domicílio. Os profissionais de saúde que participaram na vigilância de pós-parto foram: em três (3) o médico de família, obstetra privado e enfermeiro; duas (2) o obstetra privado; duas (2) o médico de família e o enfermeiro; uma (1) o médico obstetra, EESMO e fisioterapeuta; uma (1), o médico de família e obstetra privado e por último, uma (1) mulher mencionou ter sido o médico de família, o obstetra privado e a fisioterapeuta.

Tabela 3 – Caracterização das participantes quanto ao tipo de partos e da assistência de saúde no parto e no pós-parto

Código	Parto		Pós-parto	
	Tipo de parto	Episiotomia	Vigilância pós-parto	Profissionais de saúde
E1	Parto vaginal com ventosa	Sim	Sim	Obstetra privado + EESMO + Fisioterapeuta
E2	PE	Sim	Sim	Médico família + obstetra privado
E3	PE	Sim	Sim	Médico família + obstetra privado + enfermeiro
E4	PE	Sim	Sim	Obstetra privado
E5	Parto vaginal com ventosa	Sim	Sim	Médico de família + obstetra privado + enfermeiro
E6	Cesariana	Não	Sim	Médico de família + enfermeiro
E7	PE	Sim	Sim	Médico de família + obstetra privado + enfermeiro
E8	PE	Sim	Sim	Obstetra privado
E9	PE	Não	Sim	Médico de família + obstetra privado + fisioterapeuta
E10	PE	Sim	Sim	Médico de família + enfermeiro

3.4 RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Tendo por base os objetivos e tipo de estudo optou-se por realizar a colheita de dados através de entrevistas semiestruturadas, segundo as orientações definidas por Bogdan e Biklen (1994). Uma entrevista diz respeito a uma conversa intencional que se desenvolve normalmente entre duas pessoas, orientada por uma delas, com o objetivo de receber informações relativas à outra pessoa, sendo que o nível de estruturação depende do tipo de objetivo do estudo. Na investigação qualitativa, este método é utilizado “para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134).

Para o processo de recolha de dados deste estudo foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, o qual foi analisado e validado por duas investigadoras seniores em investigação qualitativa. A primeira entrevista foi utilizada para validação do guião, nomeadamente para verificar e avaliar a pertinência e compreensão das questões. Desta avaliação verificou-se a necessidade de explorar alguns assuntos a partir do que é dito pelas participantes, nomeadamente sobre o contributo do EESMO e o papel do marido

em todo o processo no âmbito do tema do estudo. Não houve necessidade de reformular perguntas. O guião de entrevista semiestruturada apresenta-se no apêndice 4.

Todas as participantes foram contactadas telefonicamente para solicitar a sua participação no estudo – onde se facultou alguns dados relativos ao estudo – e, em caso afirmativo foi agendado a data e o local para realizar a entrevista, tendo sempre em conta as preferências das participantes.

No dia e local escolhido para a entrevista e após apresentação da investigadora, foi facultado a todas as participantes a carta informativa sobre o estudo, solicitando-se a sua leitura, foram esclarecidas todas as questões colocadas e solicitado a assinatura do consentimento informado (Apêndice 5). De seguida foram realizadas as entrevistas. O registo dos dados das entrevistas foi realizado através de gravação de áudio, com a devida autorização das participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de 28 minutos. Após a sua transcrição de forma integral, a gravação foi destruída. A todas as entrevistas foi atribuído um código de identificação: E1 a E10. As entrevistas decorreram entre março e maio de 2022.

Realizou-se a análise de dados segundo a abordagem de Bogdan & Biklen (1994), com recurso ao *software* NVivo. Segundo Bogdan e Biklen (1994), a análise de dados permite uma organização sistemática de transcrição de entrevistas ou outros materiais de campo, de forma a melhorar a compreensão, a interpretação e a apresentação do conteúdo dos mesmos.

A elaboração do sistema de codificação, segundo as orientações de Bogdan e Biklen (1994) iniciou-se com a leitura e análise dos dados transcritos na tentativa de encontrar informação repetida, regularidades, tópicos, padrões em comum. Seguidamente escreveram-se palavras e frases representativas dos mesmos. Estas palavras e frases designadas por categorias de codificação, compõem uma forma de classificar os dados descritivos, de modo a separar o material de um determinado tópico dos restantes dados.

À medida que se leram todas as transcrições foi desenvolvida uma lista preliminar de categorias de codificação e anotada uma lista de ideias e diagramas que representavam as relações que a investigadora foi encontrando ao longo da leitura e análise. Depois foram atribuídas categorias de codificação às unidades de dados, sendo que, as unidades de dados correspondem às partes das transcrições das entrevistas, que coincidem com um determinado tópico principal. Nesta fase, recorreu-se ao *software* NVivo para

organizar e classificar as unidades de dados de todas as entrevistas. Assim, segundo os autores a “primeira tentativa para atribuir as categorias de codificação aos dados é na realidade um teste da viabilidade das categorias” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 233) elaboradas. “As categorias de codificação podem ser modificadas, podem-se desenvolver novas categorias, e as categorias anteriores podem ser abandonadas durante este teste” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 233), pelo que, Bogdan e Biklen (1994), realçam que não existe um sistema de codificação certo ou melhor, pois o mesmo torna-se diferente de acordo com os objetivos do estudo.

Segundo esta abordagem devem ser testadas diferentes possibilidades de codificação, sendo a análise de dados um processo de redução de dados. Desta forma, ao estudar os dados de cada categoria de codificação elaborada, foram encontradas divisões subsequentes, as subcategorias que dividem os códigos principais em categorias mais pequenas e menos abrangentes, e consequentemente subcódigos, que representam as divisões das subcategorias (Bogdan & Biklen, 1994).

Numa pesquisa qualitativa, a validade deste tipo de abordagem é garantida quando se atinge “eventualmente a saturação dos dados, aquele momento em que nada de novo nos parece sobressair das entrevistas” (Loureiro, 2006, p. 27), o que no presente estudo foi globalmente atingido com entrevistas. A validade deste estudo foi também garantida através do processo de triangulação de investigadores, em que todo o processo de investigação foi verificado por duas investigadoras experientes em metodologia qualitativa, tal como o preconizado por Loureiro (2006). O mesmo autor, recomenda também o acompanhamento de todo o processo por parte das participantes. Desta forma, depois de transcrever as entrevistas, a transcrição foi enviada para as participantes, solicitando-se a sua leitura e se necessário a alteração do texto, de modo a garantir a validação do conteúdo. De entre as entrevistadas, oito (8) validaram as transcrições, em que uma (1) delas validou a transcrição e realizou correções ortográficas. As restantes duas (2) participantes não apresentaram resposta à solicitação. Foi, assim, garantida a precisão dos achados descritos como são referidos pelas participantes.

Num estudo qualitativo, a transferibilidade é o conceito apresentado como paralelo à validade externa num estudo quantitativo, pelo que não se “procura generalizar os achados da investigação, no entanto a possibilidade de transferibilidade pertence aos leitores do estudo” (Loureiro, 2006, p. 28). Isto é, como o investigador não pode

especificar a transferibilidade, fornece então informações que o leitor do estudo poderá usar e verificar se os dados se aplicam a uma nova situação.

O critério da dependência que é paralelo à fidedignidade, nomeadamente à estabilidade num estudo quantitativo, assegura-se quando uma investigadora experiente, utiliza e segue o mesmo processo de investigação e “possa chegar a conclusões semelhantes, tendo em conta os dados recolhidos, a perspectiva e a situação” (Loureiro, 2006, p. 30), o que foi verificado por duas investigadoras seniores orientadoras deste estudo.

A confirmabilidade surge como estratégia para verificar se os dados achados do estudo coincidem com o foco da investigação segundo Loureiro (2006), tendo sido assegurada a validação do guião de entrevista por duas investigadoras experientes e todo o percurso de análise de dados.

3.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a ética consiste num conjunto de normas que orientam os investigadores sobre dilemas e questões morais que podem encarar relativamente à investigação com sujeitos humanos, de modo a assegurar que os “sujeitos aderem voluntariamente aos projetos de investigação, cientes da natureza do estudo e obrigações nele envolvidos”; e que “os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 75). Estas questões são asseguradas mediante a utilização de um documento que contém a descrição da investigação, sendo que a assinatura do participante será a prova de consentimento informado para a sua participação no estudo.

Assim, devem ser assegurados os seguintes princípios éticos que orientam a investigação científica com humanos: o princípio da autonomia, o princípio da beneficência e o princípio de justiça (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste estudo, foi garantido o princípio da autonomia ao assegurar uma transmissão de informação completa, sobre os objetivos, finalidades do estudo e a natureza da participação, de modo a que a participante colaborasse de forma voluntária, livre e espontânea vontade. Foi entregue uma carta informativa sobre o estudo, assinada pela investigadora e solicitado o seu consentimento informado por escrito (Apêndice 5).

Também o respeito pelo princípio da beneficência das participantes foi salvaguardado ao maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, quando algo pudesse interferir com a

proteção do bem-estar das participantes que fosse decorrente do próprio estudo. Caso fosse identificada alguma situação, a entrevista seria terminada e seria proporcionado ou referenciado o aconselhamento adequado, com o consentimento da participante. Contudo, não ocorreu nenhuma situação que necessitasse de intervenção ou encaminhamento das participantes para recursos existentes ou adequados na comunidade.

Ao longo do estudo o princípio de justiça foi assegurado garantido o direito à privacidade e anonimato das participantes, sendo tratadas com dignidade e respeito. As entrevistas foram identificadas com um código, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações transmitidas pelas participantes. Neste estudo, por ser um tema que podia configurar alguma dificuldade nas respostas, foi feita uma abordagem com muito cuidado e respeito pela intimidade da participante, mantendo a liberdade para a decisão sobre profundidade do conteúdo da informação que transmitia e da possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo. Foi realizado e garantido um tratamento equitativo e justo, que engloba uma seleção e tratamento de dados de forma justa, ao longo de todo processo de colheita de dados.

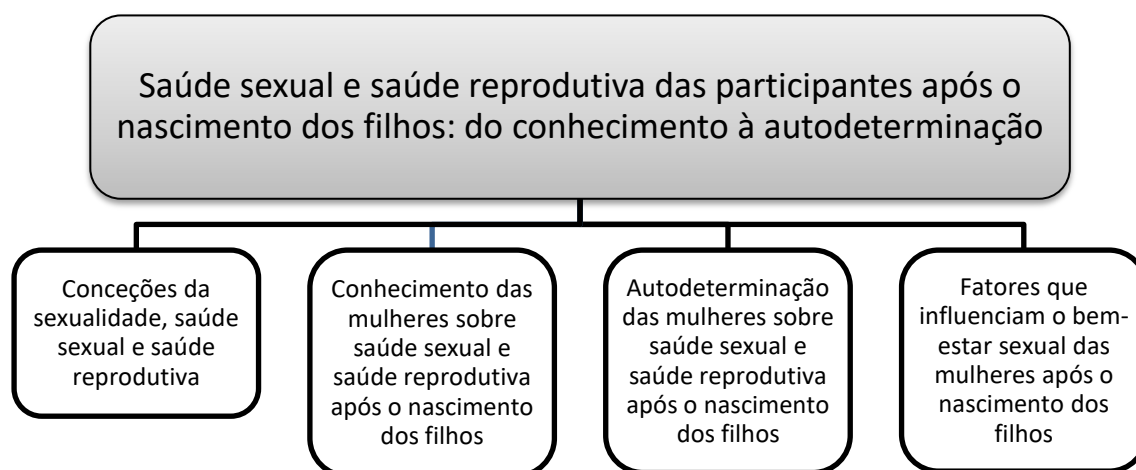
O presente estudo foi apreciado e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) segundo o Parecer nº P848/02-2022 (Anexo 1).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados que foram obtidos nesta investigação.

Pela análise das entrevistas do estudo, emergiram 4 categorias (figura 1). Três destas foram definidas *a priori* tendo por base os objetivos do estudo: concepções das participantes sobre sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva; conhecimento das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos; autodeterminação das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos. A análise dos resultados permitiu-nos ainda encontrar outra categoria: fatores que influenciam o bem-estar sexual das participantes após o nascimento dos filhos.

Figura 1 – Saúde sexual e saúde reprodutiva das participantes após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação



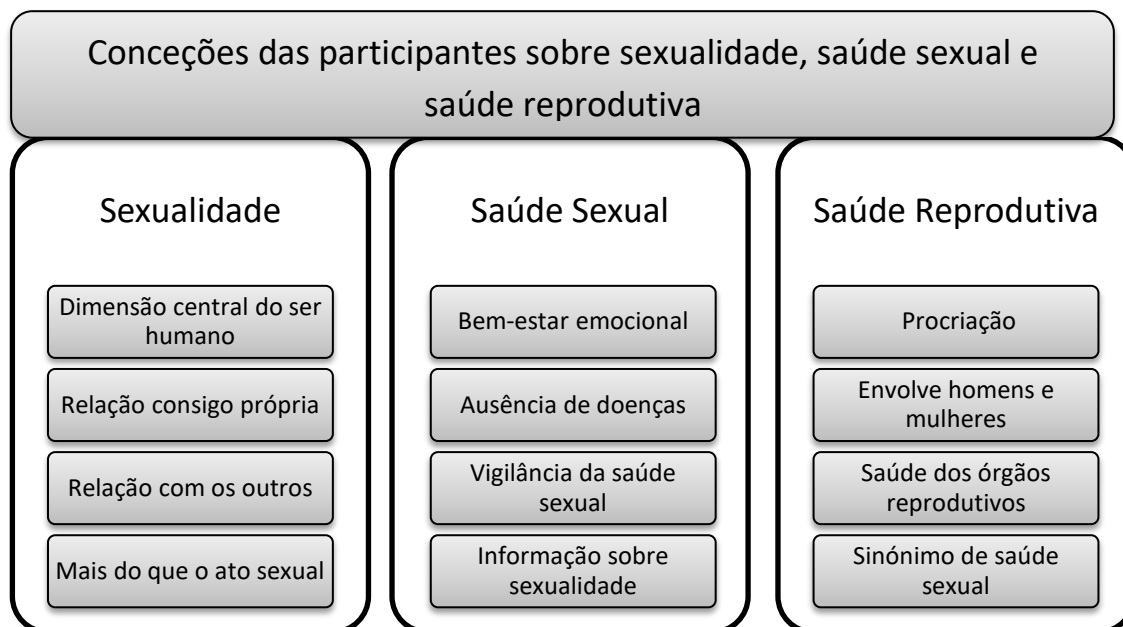
De seguida, serão apresentadas as categorias que emergiram da análise de dados e as subcategorias que resultaram da subdivisão das categorias, em assuntos mais específicos relatados pelas participantes.

4.1 CONCEÇÕES DAS PARTICIPANTES SOBRE SEXUALIDADE, SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Com base nos objetivos do estudo, para compreender o conhecimento das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, procurou-se identificar as concepções sobre sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva. A análise permitiu identificar subcategorias que correspondem aos principais termos abordados pelas participantes.

De acordo com a figura 2, podemos verificar as seguintes componentes de cada um dos conceitos: *sexualidade* – dimensão central do ser humano, relação consigo própria, relação com os outros e mais do que o ato sexual; *saúde sexual* – bem-estar emocional, ausência de doenças, vigilância da saúde sexual e informação sobre sexualidade; e *saúde reprodutiva* – procriação, envolve homens e mulheres, saúde dos órgãos reprodutores e sinónimo de saúde sexual.

Figura 2 – Concepções das participantes sobre sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva



Subcategoria: Sexualidade

Relativamente ao entendimento da sexualidade como uma dimensão central do ser humano, as participantes referiam que a mesma está presente no ser humano desde o seu nascimento, sendo um fator de definição enquanto pessoa e ser existencial:

E4: “a nossa sexualidade começa desde o nascimento e vamos desenvolvendo-a [...] A sexualidade, acho que nos define enquanto pessoas”;

E7 – *“a sexualidade é um conjunto de coisas que nos envolvem”*.

As participantes do estudo valorizaram também a relação consigo próprias como percepção da sexualidade. Na visão das participantes, a sexualidade incide no autoconhecimento corporal ao conhecerem o próprio corpo e na relação de intimidade que estabelecem com o mesmo, da mesma forma que identificam a identidade sexual e as escolhas sexuais como componentes da sexualidade, ao referirem que:

E3: *“Sexualidade, [...], não é só a relação íntima de uma pessoa, é também a relação que nós temos com o nosso corpo, com o nosso íntimo, [...], o conhecer do nosso corpo, estarmos bem com o nosso corpo”*;

E1: *“envolve a minha pessoa, o conhecimento do meu próprio corpo, as minhas escolhas sexuais”*.

Além da relação consigo próprias, as participantes revelaram importante a relação com os outros como definição da sexualidade. Para as participantes a sexualidade manifestava-se entre duas pessoas através de prazer, sexo, erotismo, carinho, amor, quando referem que:

E2: *“ser o relacionamento entre duas pessoas” e “tem que ser o consentimento entre duas pessoas [...] não quer dizer que seja um ato de amor... às vezes é só por prazer como depois num certo ponto será um ato de amor entre duas pessoas, sejam elas homem ou mulher, ou duas pessoas do mesmo sexo”*;

E9: *“a sexualidade para mim passa por todo o tipo de relação que temos com o nosso companheiro ou companheira [...] mas toda a parte do toque, todo o carinho afeto que é colocado no momento pré-sexual por exemplo, e mesmo durante a própria relação não só no sexo.”*.

Assim como, ao descreverem o conceito da sexualidade as participantes verbalizaram a sexualidade como sendo mais do que o ato sexual, pois engloba também a relação e a conexão estabelecida durante o mesmo:

E5: *“não vemos só como sexo em si, mas como todo o processo”*;

E8: *“mesmo durante a própria relação não só no sexo”*.

Estes resultados vão ao encontro do conceito de sexualidade da OMS (2015a), quando refere que a sexualidade é entendida como um aspeto fundamental e central do ser

humano em todo o seu ciclo vital, que engloba “sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução” (OMS, 2015a, p. 15). Contudo, verificamos que algumas dimensões referidas neste conceito não foram referidas pelas participantes, nomeadamente os papéis de gênero e orientação sexual.

Verifica-se ainda convergência dos resultados obtidos com o descrito por Nogueira e Pachú (2021) quando referem que a sexualidade está relacionada com um conhecimento mais profundo do próprio ser humano sobre si mesmo, não se resumindo ao ato sexual. Relaciona-se com a autovalorização e com a manutenção da própria autoestima, como gostar de si mesmo.

Nos discursos das participantes emerge uma abordagem às diferentes manifestações da sexualidade na relação com os outros, através do desejo, prazer, carinho, amor, relacionamento entre casal, ato sexual, partilha de sentimentos, pelo que nos direciona para o conceito de sexualidade da OMS (2015a), que refere que pode ser expressa por comportamentos, desejos, relacionamentos e atitudes. Segundo as participantes, após o nascimento dos filhos, a sexualidade expressa-se principalmente através do sentimento de amor, carinho e não propriamente apenas pelo ato sexual em si.

Subcategoria: Saúde Sexual

No que diz respeito à concepção das participantes no estudo sobre saúde sexual, emergiram os seguintes subcódigos: bem-estar emocional; ausência de doenças; vigilância da saúde sexual e informação sobre sexualidade.

Segundo as participantes a saúde sexual implica o bem-estar emocional individual e o bem-estar consigo mesma, para se poder conhecer e procurar o prazer:

E1: *“A saúde sexual é tudo o que diz respeito à minha saúde [...], da parte emocional também... porque há pessoas que podem não se sentir muito bem consigo mesmas relativamente a isso, e não tenham vontade de se explorar, de explorar com outros.” e “conceito que o sexo não é apenas para fins reprodutivos, não é...pode também para fins de prazer, de autoconhecimento, etc...”*.

As participantes integram a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como um aspeto importante da saúde sexual o que requer comportamentos responsáveis de proteção:

E2: *“a saúde sexual tem a ver com as doenças sexualmente transmissíveis” e “também a proteção de ambas as partes do casal”;*

E6: *“saúde sexual é termos a noção dos perigos que corremos e quais as medidas que podemos utilizar para evitar que se transmitam as doenças”.*

Foi ainda destacada a necessidade de vigilância da saúde como parte integrante da saúde sexual, o que conduz à necessidade de procura de cuidados de saúde e de realização de rastreios:

E3: *“de que forma devemos prevenir doenças, fazer os rastreios necessários para que a nossa saúde esteja bem... no fundo ler os sinais do nosso corpo.”;*

E7: *“estarmos vigiadas, de estarmos sempre bem e fazermos uma vigilância, [...] de pronto, ir ao ginecologista com frequência”*

Uma participante realçou também que a saúde sexual se relaciona com a informação que se tem sobre o assunto:

E10: *“acho que tem a ver com a informação que eu tenho acerca da sexualidade... ahhh acho que é isso, que é a informação que nós temos sobre a sexualidade”.*

Os resultados obtidos sobre a concepção de saúde sexual vão ao encontro do referido pela OMS (2015a), uma vez que engloba um estado de bem-estar geral direcionado para vivência da sexualidade e ausência de doenças ou disfunções e, inclui um bem-estar emocional relacionado com a sexualidade realçando a necessidade de realizar uma vigilância da saúde com regularidade e receber informação pertinente sobre a sexualidade como referem as participantes.

Segundo as participantes, a informação que se tem sobre saúde sexual influencia o conhecimento sobre os riscos e sobre as medidas de prevenção desses riscos para escolhas seguras e uma vivência da sexualidade saudável, como na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Estes resultados vão ao encontro do referido por Araújo, et al. (2021) quando define a saúde sexual como um direito dos indivíduos o acesso a informação relacionada com prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, bem como “o direito de manifestar a sexualidade por meio de escolhas próprias e seguras” (Araújo, et al., 2021, p. 2).

Subcategoria: Saúde Reprodutiva

No que se refere à saúde reprodutiva, emergiram as seguintes componentes: procriação, envolve homens e mulheres, saúde dos órgãos reprodutivos e sinónimo de saúde sexual.

De acordo com as participantes do estudo, a saúde reprodutiva diz respeito à procriação e reprodução humana implicando a vigilância, assistência e cuidados pré-concepcionais para uma futura gravidez:

E1: *“saúde reprodutiva acredito que seja mais essa parte no sentido de procriar, de conceber uma vida...”*;

E7: *“Portanto, é saber se estamos bem, para poder ter filhos, se estamos bem ... se há alguma contraindicação para podermos ter filhos”*

As participantes do estudo realçam também que a saúde reprodutiva implica a envolvência de homens e mulheres na capacidade de reprodução, na tomada de decisão livre para a regulação da sua fecundidade e na equidade de acesso aos cuidados de saúde:

E4: *“não é só com a mulher é também com o homem”*;

E9: *“com a parte associada, como o nome diz, da reprodução, de todo o aparelho reprodutor tanto também feminino como masculino, porque não podemos só olhar para um dos lados”*.

A saúde reprodutiva, segundo as participantes engloba também a saúde dos órgãos reprodutores implicando medidas de promoção e prevenção da saúde dos mesmos, recorrendo para isso a cuidados de saúde especializados:

E4: *“saúde dos nossos órgãos reprodutores, é estarmos atentos e sabermos como... [...] acho que é importante ir a um ginecologista, neste caso nas mulheres, e sermos vigiadas pelo menos anualmente, para perceber se está tudo bem com o nosso útero, as nossas mamas, como nos sentimos, se temos algum corrimento com algum odor”*;

Por último, uma participante no estudo referiu que saúde reprodutiva é sinónimo de saúde sexual:

E6: *“a saúde reprodutiva [...] interpreto os dois termos iguais...”*.

De forma global, as afirmações das participantes vão ao encontro da definição de saúde reprodutiva da OMS (2015a) uma vez que referem que a procriação é parte integrante

da saúde reprodutiva envolvendo homens e mulheres nas tomadas de decisão, assim como a vivência de uma sexualidade com segurança e equidade, ao referirem a saúde dos órgãos reprodutores. Direcionados não só para a definição de saúde reprodutiva da OMS (2015b), os resultados enquadram-se no definido por Gonzaga (2022) que destaca a gestão da potencialidade reprodutiva, como um direito de cada indivíduo (homem ou mulher), podendo decidir e escolher quando e qual o espaçamento que querem ter filhos, de forma autónoma. Verifica-se assim ligação com a conceção sobre saúde reprodutiva verbalizada pelas participantes ao referirem a envolvência de homens e mulheres nas decisões relativas ao desejo de procriação.

Destaca-se ainda, o referido por uma participante que considera a saúde sexual e saúde reprodutiva como sinónimos. Não sendo sinónimos, o conceito de saúde reprodutiva inclui o de saúde sexual, segundo a OMS (2015b). Segundo Gonzaga (2022) realça ainda que a saúde sexual e a saúde reprodutiva são dimensões contínuas da vida humana e podem coexistir de forma paralela, sucessiva e transversal, daí a possibilidade de semelhança dos termos por parte da participante.

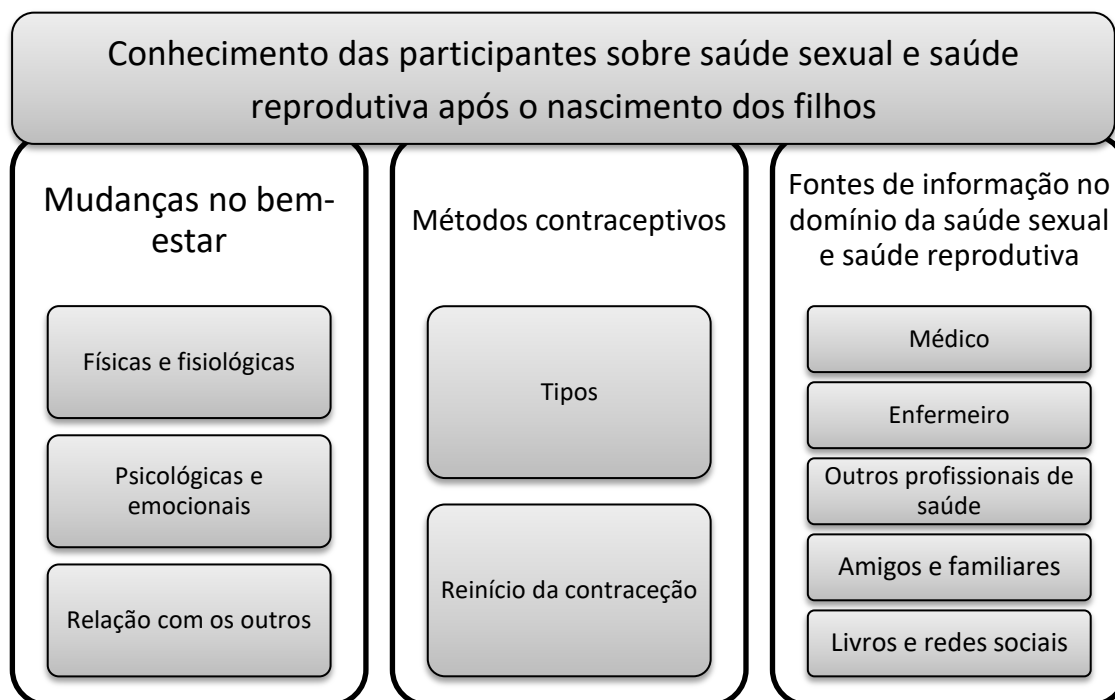
Em síntese, os resultados permitem-nos afirmar que a maioria das participantes tem conceções de sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, ainda que não tão abrangentes como referidos pela literatura. Revelaram ainda alguma dificuldade na precisão dos termos utilizados para a sua definição.

4.2 CONHECIMENTO DAS PARTICIPANTES SOBRE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

Tendo em conta os objetivos do estudo, a análise permitiu identificar o conhecimento das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, nomeadamente sobre: mudanças no bem-estar, métodos contraceptivos e fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva.

Na figura 3 podemos verificar as seguintes componentes que emergiram de cada subcategoria da análise de dados: *mudanças no bem-estar* – físicas e fisiológicas, psicológicas e emocionais e a relação com os outros; *métodos contraceptivos* – tipos e reinício da contraceção; e *fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva* – médico, enfermeiro, outros profissionais de saúde, amigos e familiares, e por último, livros e redes sociais.

Figura 3 – Conhecimento das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos



Subcategoria: Mudanças no bem-estar

Relativamente às mudanças no bem-estar após o nascimento dos filhos, as participantes verbalizaram mudanças físicas ao nível vaginal, mamário e abdominal. Foi também realçado, ser comum as mulheres sentirem neste momento do ciclo de vida, mudanças fisiológicas como a diminuição da lubrificação vaginal e alterações da sensibilidade.

E4 – *“toda a nossa vagina fica destruída... [...] no sentido em que há cicatrizes que não vão melhorar [...] o nosso peito nunca mais vai ficar igual, há pessoas que dizem que sim... eu acho que não, o nosso corpo muda sempre, vamos ter um bocado barriga de avental”*;

E8 – *“a lubrificação também é menor”*;

E9 – *“a sensibilidade ao nível da musculatura pélvica, [...] Ali no local onde eu levei o ponto, porque eu tive que levar dois pontitos...”*.

No que se refere a mudanças psicológicas e emocionais, as participantes realçaram a existência de cansaço e de privação de sono, que consequentemente tinha influência na libido da mulher e no desejo sentido pelo companheiro:

(E4) – *“a libido diminui, não existe, no meu caso não existe”*; *“um cansaço, que, ou seja, não há predisposição para”*;

E5 – *“ao início mais psicológicas, porque a privação do sono influencia”*;

E9 – *“a parte emocional, sem dúvida, devido à parte hormonal... há um diminuir da libido sem dúvida alguma, pelo menos eu senti isso... o interesse em si pelo próprio companheiro nessa parte mais sexual também foi um bocadinho a baixo”*.

Verificaram-se também nos relatos das participantes, referencia a atitudes de mudança na relação com os outros, principalmente com o companheiro. As mulheres revelam que após o nascimento dos filhos há necessidade de discurso com o companheiro sobre a relação sexual e sobre as necessidades da mulher ao nível de relação afetiva que passam por afeto, carinho, mimo. Do mesmo modo que devido ao cansaço e à preocupação direcionada para o bebê, as participantes mencionaram que acontece ocorrer esquecimento da relação com o companheiro.

E1 – *“temos que explicar e temos que dizer que se dói ou se não dói, como é que gostamos mais, de que forma é que funcionará melhor [...] queremos um miminho (voz ternurenta), queremos um abraço, queremos um carinho e eles muitas vezes coitados não sabem o que é que vai na nossa cabeça”*;

E10 – *“acho que estamos focadas na criança, e acho que muitas vezes esquecemo-nos desse lado porque não estamos para ai viradas, porque estamos cansadas, porque estamos preocupadas com o bebê”*.

Estes resultados vão ao encontro do descrito pelo autor Henrique (2021), que depois do nascimento dos filhos é frequente as mulheres sentirem mudanças no seu bem-estar sexual. Podem sentir diminuição do desejo sexual, da excitação, da lubrificação vaginal e dificuldade em atingir o orgasmo. Contudo, as participantes do estudo não referiram dificuldade em atingir o orgasmo.

Torna-se importante realçar que a maioria (8) das participantes do estudo também foram submetidas a episiotomia, o que justifica os relatos das participantes quando referem que pode ocorrer a existência de mudanças físicas ao nível vaginal após o nascimento dos filhos que interferem com o bem-estar sexual das mulheres. A ocorrência de um parto vaginal, com a presença de alterações físicas no períneo (como lacerações e/ou episiotomia), influencia o envolvimento dos músculos do pavimento pélvico e consequentemente no prazer sexual e na presença ou não de dor durante a atividade sexual (Santos, Santos & Cendoroglo, 2015).

Ao nível psicológico e emocional, segundo os autores Santos, Santos & Cendoroglo (2015), a preocupação, a ansiedade e atenção dirigida para os cuidados com o recém-nascido interfere com o estado de fadiga e cansaço das mulheres, o que se verifica nos relatos das participantes. As participantes referem que o interesse pelo companheiro parece estar esquecido e relacionam esta diminuição de interesse com o cansaço que sentem e com a preocupação com o bebê. Segundo DeMaria, et al. (2019) o desejo sexual para com o parceiro poderá encontra-se diminuído por fatores como o cansaço da mulher e as alterações da imagem corporal, o que converge com os relatos das participantes deste estudo.

Contudo, além das participantes terem verbalizado estas mudanças no bem-estar relacionadas com a sexualidade após o nascimento dos filhos, não se pode generalizar para todas as mulheres, pois segundo DeMaria, et al. (2019) algumas mulheres podem sentir um aumento do desejo sexual após o nascimento dos filhos. Desta forma, é importante para os profissionais de saúde o conhecimento de que as mulheres têm experiências sexuais diferentes depois do nascimento de um filho e que não existe uma recomendação rígida para todas as mulheres (DeMaria, et al., 2019).

Subcategoria: Métodos contraceptivos

As participantes também referiram conhecimentos sobre métodos contraceptivos, destacando-se os tipos de métodos contraceptivos adequados para a fase após o nascimento de uma criança e, para mulheres a amamentar. Disso são exemplo:

E2 – *“pílula da amamentação e do aparelho, e do preservativo, [...] o anel vaginal”;*

E8 – *“há os preservativos, a pílula, o DIU, os implantes...”*

Para mulheres que não amamentam, as participantes referem a possibilidade de utilização dos seguintes métodos contraceptivos:

E3 – *“o DIU ou o implante, neste caso ou preferia até mesmo o anel vaginal... e há sempre também o preservativo”;*

E8 – *“aí pode-se usar todos os métodos...”*.

Relativamente ao reinício da contracepção, as participantes realçaram que:

E8 – *“quando a criança está no vigésimo primeiro dia a pílula da amamentação...”;*

E7 – “o DIU, quando é possível, passado... o médico disse me sempre quatro meses pelo menos, na altura...[...] acho que também depende um bocadinho de mulher para mulher”;

E8 – “o implante pode-se iniciar logo...”

Ao analisar os dados, foi verificado que nenhuma participante realçou a importância do espaçamento entre duas gravidezes num período de 24 meses de acordo com o Consenso sobre Contraceção de 2020 (SPC, SPG & SPMR, 2020). Do mesmo modo, que relativamente aos aspetos a considerar na escolha contraceptiva, referiram que depende de mulher para mulher (opção da mulher) e relativamente ao tipo de aleitamento. Deve-se também ter em conta a presença de co-morbilidades da mulher segundo o Consenso sobre Contraceção de 2020 (SPC, SPG & SPMR, 2020).

Nos relatos das participantes sobre os métodos contraceptivos, verificou-se alguma dificuldade em especificar quais os métodos mais indicados para utilizar durante a amamentação e para quem não amamenta, realçando principalmente o método utilizado por elas próprias. Nesta perspectiva, podemos entender que a informação adequada sobre métodos contraceptivos, indo ao encontro dos autores Santos, Paixão, Brito, Jerônimo, & Oliveira (2019), torna-se essencial para as mulheres e casais optarem por escolhas com autonomia e segurança tendo em conta o conhecimento que detêm sobre o assunto.

Contudo, os discursos das participantes relativamente a métodos contraceptivos a utilizar por quem amamenta, estão em conformidade com o Consenso sobre Contraceção de 2020. O preservativo, a pílula da amamentação (progestativo oral), o anel vaginal, o implante e o dispositivo intrauterino, referidos pelas participantes como possibilidade de utilização, podem ser utilizados durante este período (SPC, SPG & SPMR, 2020).

Para uma mulher que não amamenta, tendo em conta os fatores de risco de tromboembolismo venoso (TEV) da mulher até às seis semanas de pós-parto, são recomendados o uso de progestativo oral, implante e de progestativo injetável. A utilização do DIU recomenda-se quatro semanas depois do nascimento. Depois das seis semanas de pós-parto, todas as mulheres podem fazer uso de CHC (oral, transdérmico ou vaginal), uso de PO, do progestativo injetável e do implante (SPC, SPG & SPMR, 2020). Neste âmbito, há convergência nos resultados com as orientações do Consenso

sobre Contraceção de 2020, uma vez que as participantes referem a possibilidade de utilização do implante, do anel (CHC vaginal) e do DIU.

Numa revisão integrativa da literatura realizada por Silva, Sousa, Silva, Rocha, Jorge e Pereira (2021) para analisar o conhecimento que as mulheres possuem acerca da contraceção no puerpério, os resultados mostram um baixo conhecimento sobre métodos contraceptivos. Os resultados revelaram que a maioria das mulheres que participaram nas pesquisas apontaram para métodos contraceptivos tradicionais, nomeadamente o preservativo, a pílula anticoncepcional oral e o injetável, o que diverge dos resultados do presente estudo, pois as participantes delinearam também métodos contraceptivos como o implante, o DIU e o anel vaginal.

Relativamente ao conhecimento das mulheres sobre o reinício dos métodos contraceptivos, verificou-se alguma dificuldade e insegurança em especificarem o momento mais adequado para o reinício. De acordo com o Consenso sobre Contraceção de 2020 (SPC, SPG & SPMR, 2020), o progestativo oral ou pílula da amamentação pode ser iniciado logo desde o nascimento sendo seguro o seu uso em qualquer fase após o parto, o que não vai ao encontro do referido pelas participantes, pois realçam que a pílula da amamentação deve ser iniciada vinte e um dias após o parto. Contudo, verificamos num estudo de Nunes, et al. (2021) que o método contraceptivo combinado, com estrogénios e progestativo, caso a mulher não amamente, poderá ser iniciado 21 dias após o nascimento da criança. Deste modo, parece-nos existir alguma confusão relativamente ao momento ideal para o reinício da contraceção de acordo com o método, o que revela desinformação relacionada com o assunto. Este resultado desperta-nos para a importância do aconselhamento e da transmissão de informação pertinente sobre contraceção após o nascimento de um filho, por parte dos profissionais de saúde, pois segundo Santos, Paixão, Brito, Jerônimo, e Oliveira (2019), associa-se a um aumento do uso de métodos contraceptivos e melhores resultados ao nível do planeamento familiar, e consequentemente diminuição de gravidezes indesejadas durante o pós-parto.

Os resultados relativamente ao reinício do DIU e do implante após o nascimento de um filho convergem com as orientações do Consenso sobre Contraceção 2020 (SPC, SPG & SPMR, 2020), uma vez que podem ser iniciados imediatamente após o parto como referem as participantes do estudo.

Subcategoria: Fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva

Pela análise das entrevistas verificamos que as fontes de informação das participantes no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva são: o médico, a enfermeira e outros profissionais de saúde, os amigos e familiares, os livros e redes sociais.

As participantes revelam que adquiriam informação durante as consultas de vigilância pré-natal no centro de saúde pelo médico de família, bem como nas consultas de pós-parto. Os médicos transmitiram informação sobre o tema do estudo, como podemos verificar nos seguintes relatos:

E5 – *“nas consultas também e até mesmo no centro de saúde que eu até fiquei espantada, sinceramente... no centro de saúde, neste caso o meu médico de família”*;

E8 – *“quando se vai à consulta do pós-parto, normalmente os médicos falam disso”*.

Para as participantes, os PPPP foram também meios de adquirir informação sobre sexualidade. Uma vez que os PPPP são orientados por EESMO, considerou-se o enfermeiro como fonte de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva. Além dos PPPP, as participantes também revelaram que os enfermeiros das unidades de cuidado na comunidade e nos hospitais transmitiram informação relativamente à sexualidade:

E9 – *“todo o conhecimento que a gente obteve, eu falo por mim e por ele, da parte da sexualidade após o parto, foi também pelo curso de preparação”*;

E7 – *“as enfermeiras no posto de médico, no hospital também fazem esse ensinamento, é uma das coisas que eles falam”*.

É de realçar que uma participante transmitiu que recebeu informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva depois do nascimento do filho, junto da fisioterapeuta pélvica – outros profissionais de saúde, realçando que se aprende muito conteúdo sobre sexualidade e se desenvolve o autoconhecimento neste âmbito:

E1 – *“fui acompanhada por uma fisioterapeuta pélvica agora no pós-parto e também se aprende bastante e também nos conhecemos melhor a nós mesmas”*.

Nas verbalizações das participantes verificou-se também referência aos amigos e familiares como fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva,

sendo vistos como redes de apoio e suporte, aos quais podem recorrer para conversar e dialogar sobre o assunto em estudo:

E3 – *“também temos que aquilo que se chama uma rede de apoio e neste caso tivemos várias colegas grávidas ao mesmo tempo, e vamos acabando por conversar sobre o assunto”*;

E5 – *“mas conversamos abertamente com amigos e amigas o que é normal [...] felizmente é que temos a F. [...] que é nossa amiga”*.

Por último, as participantes realçam que ler livros sobre a temática de saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como ler publicações em redes sociais de grupos de mães, auxilia na aquisição de informação sobre o tema:

E1 – *“depois o ler, ler alguns livros sobre a temática também ajuda”*;

E6 – *“às vezes também vou lendo nos grupos das mamãs, às vezes também lá vão publicando coisas”*.

As participantes realçam a importância de acesso à informação, contudo, o modo como a procuram é diferente, nomeadamente, umas utilizam fontes formais de conhecimentos e outras recorrem a amigos e familiares, ou a livros e redes sociais.

De acordo com os relatos das participantes, o médico, os enfermeiros e outros profissionais de saúde foram considerados como fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva, o que converge com os resultados de um estudo que teve como objetivo compreender como é vivenciada a sexualidade pela mulher no período pós-parto e o planeamento contraceptivo, em que é realçada a importância dos profissionais de saúde no processo de educação para a saúde (Nunes, et al., 2021). No entanto, um outro estudo sobre necessidades e preocupações maternas no período pós-parto, aponta que os profissionais de saúde, nem sempre são a primeira fonte de informação no âmbito do assunto estudado pois as mulheres tendem a desvalorizar os próprios problemas, sentem-se incompreendidas e sentem receio em mostrar vulnerabilidade (Rasteiro, Santos, & Coutinho, 2021), o que diverge dos relatos das participantes em que emergiram principalmente os profissionais de saúde - médico e enfermeiro.

De acordo com as participantes, o enfermeiro foi considerado como fonte de informação para as mulheres, no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento

dos filhos, pelo que vai ao encontro do referido por Sousa, et al., (2016), pois a enfermagem é essencial na promoção do planeamento reprodutivo e da vivência da sexualidade saudável da mulher após o nascimento de um filho, ao proporcionar informações de forma a assegurar os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Além das consultas médicas, os CPPP e os Cursos de Recuperação Pós-Parto (CRPP), designados também por programas, são para as mulheres e casais, recursos importantes na aquisição de conhecimentos e de reflexão sobre tomadas de decisão e comportamentos perante os desafios da gravidez, parto e puerpério (DGS, 2020), sendo da competência do EESMO a implementação destes programas (DGS, 2020). Os relatos das participantes convergem com as orientações da DGS (2020), quando referem que os cursos de preparação para o parto foram fontes de aquisição de informação sobre o assunto estudado, sendo assim referido o enfermeiro como fonte de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva. Contudo, as participantes ao serem questionadas sobre o conteúdo dos CPPP, na caracterização da sua assistência pré-natal: sete (7) mulheres realçaram o assunto do pós-parto, em que uma (1) mencionou a sexualidade pós-parto especificamente sobre o planeamento e uma (1) referiu a hemorragia no pós-parto. Sem podermos fazer generalizações, estes resultados revelam que a saúde sexual e a saúde reprodutiva ainda são pouco abordadas nos CPPP.

As participantes recorrem também a fontes de informação como a rede de apoio de amigos e familiares ou experiência de outras mães (colegas grávidas), o que converge com os resultados de Rasteiro, Santos e Coutinho (2021) que refere que as mães recorrem a fontes de conhecimento não formais pois sentem “fonte de apoio emocional, em quem confiam, e se sentem compreendidas” (Rasteiro, Santos, & Coutinho, 2021, p. 823) , e no âmbito da sexualidade podem optar por elementos femininos da família. Segundo os mesmos autores, a utilização da internet como fonte de informação vai ao encontro dos relatos das participantes no estudo, no entanto não é utilizada como fonte fidedigna mas pela sua comodidade e rapidez de acesso (Rasteiro, Santos, & Coutinho, 2021).

Por último, tendo em conta os resultados de forma global, conseguimos afirmar que as participantes têm conhecimento sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos. No entanto é importante realçar que verificou-se nos relatos das participantes alguma dificuldade em conversar e dialogar com precisão sobre assuntos

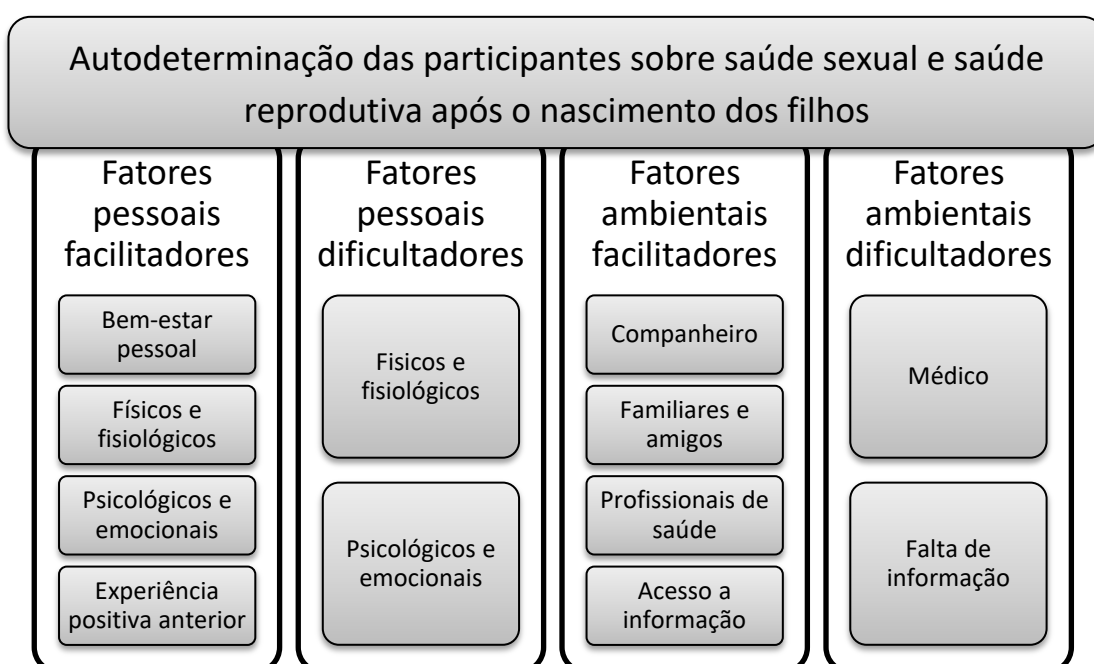
relacionados com a sexualidade, provavelmente pelo constrangimento que o próprio tema acarreta.

4.3 AUTODETERMINAÇÃO DAS PARTICIPANTES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

De acordo com os objetivos do estudo, para conhecer os fatores que influenciam a autodeterminação das participantes sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, a análise de dados permitiu-nos identificar a existência de fatores facilitadores e dificultadores, que estão relacionados com a própria mulher e com o seu ambiente.

Tal como o apresentado na figura 4, foram identificados os seguintes fatores que influenciam a autodeterminação das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos: *fatores pessoais facilitadores* - o bem-estar pessoal, fatores físicos e fisiológicos, fatores psicológicos e emocionais e experiências anteriores positivas; *fatores pessoais dificultadores* - fatores físicos e fisiológicos, fatores psicológicos e emocionais; *fatores ambientais facilitadores* - companheiro, familiares e amigos, profissionais de saúde e acesso à informação; e *fatores ambientais dificultadores* - o médico e a falta de informação. O sistema de codificação apresenta-se representado na figura 5.

Figura 4 – Autodeterminação das participantes sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos



Subcategoria: Fatores pessoais facilitadores

No que diz respeito aos fatores pessoais que facilitam as decisões e os comportamentos das participantes, no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, as mesmas referiram que necessitam de se sentir bem e sentir o organismo recuperado para conseguirem definir uma escolha, ou seja, a autodeterminação das participantes é facilitada tendo em conta o próprio bem-estar pessoal das mesmas:

E6 – *“basicamente é o sentirmo-nos bem, acharmos que o organismo está pronto, e pode haver algum desejo, assim mais por aí”*.

As participantes do estudo referiam também que a decisão relativamente aos seus comportamentos ao nível da sexualidade é influenciada por fatores físicos e fisiológicos. O facto de serem removidos os pontos de sutura da região perineal e não sentirem desconforto no local, facilita qual a decisão a tomar relativamente à sexualidade após o nascimento dos filhos:

E5 – *“a partir do momento em que eu sei que os pontos foram retirados, está tudo ok, tudo muda completamente...”*;

E8 – *“Nesta segunda acho que influenciou muito eu não ter desconforto nenhum”*.

Do mesmo modo que, as participantes verbalizaram a influencia de fatores psicológicos e emocionais nos seus comportamentos ao nível da sexualidade após o nascimento dos filhos, como facilitadores da sua autodeterminação. Referiram que as decisões neste âmbito foram ao próprio ritmo, sem pressões, de forma natural, quando sentiram a autoestima recuperada e saudades da relação em casal e do namoro com o companheiro:

E2 – *“e acaba por ser a saudade se calhar por estarmos em casal, a namorar... e lá está, é uma coisa que vai fluindo”*;

E3 – *“mais se calhar ao meu ritmo, não é, fui eu que tive o bebé, acaba por ter sido de forma natural, de forma, tranquila, sem pressões”*;

E9 – *“foi no tal momento em que houve ali um ambiente e eu própria me já sentir bem, ter a minha autoestima já recuperada”*.

E por último, as participantes fizeram referência à experiência anterior positiva como fator facilitador pessoal da autodeterminação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos:

E2 – *“O facto de eu já ter tido o aparelho ajudou foi à decisão [...] e o aparelho é uma coisa que a mim me dá mais tranquilidade”;*

E10 – *“experiência que eu já tinha do outro parto, já tinha tomado outros métodos e conseguia perceber se queria continuar com o mesmo, ou se queria experimentar outros...”*.

Verificou-se na análise de dados que as participantes quando questionadas sobre fatores que interferem com as suas decisões ou comportamentos no âmbito da sua sexualidade após o nascimento dos filhos, revelam fatores que influenciaram a sua autodeterminação perante o retorno à atividade sexual e a escolha do método contraceptivo.

De acordo com os resultados, a autodeterminação das participantes é facilitada tendo em conta o próprio bem-estar pessoal para a decisão de um determinado comportamento no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos. Estes resultados direcionam-nos para o que é reforçado pelos autores Durso, Nascimento e Cunha (2016), em que a autodeterminação de uma pessoa pode ser influenciada por fatores pessoais internos, como expectativas, crenças, valores e / ou preconceitos que podem variar de pessoa para pessoa e direcioná-la a desenvolver ou não uma determinada atitude ou ação. As participantes necessitam de se sentir bem, sentir desejo e respeitarem o próprio corpo no que respeita a decisões sobre a sexualidade, o que converge com a teoria da autodeterminação segundo Borges, Miranda e Freitas (2017), uma vez que, pesquisas sobre motivação intrínseca revelam que as pessoas experimentam uma determinada atitude ou ação pela sua própria necessidade, revelando-se satisfatória e interessante para a pessoa.

Os fatores físicos e fisiológicos apresentados pelas participantes como facilitadores da sua autodeterminação em saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, direcionam-nos para os resultados apresentados por DeMaria et al., (2019), uma vez que as mulheres mesmo desejando ou sentindo-se mentalmente preparadas para fazer sexo, atrasam o retorno da atividade sexual pela dor que sentem ou pela cicatrização incompleta do períneo. O facto de as participantes não sentirem desconforto físico e saberem que os pontos de reparação do períneo tinham sido removidos, facilitou a sua tomada de decisão ao nível da sexualidade, nomeadamente no retorno à sexualidade após o nascimento dos filhos. Contudo, perante estes resultados entende-se que as mulheres após o nascimento dos filhos necessitam de informação, encorajamento

e empoderamento para conhecer e discutir diferentes opções de práticas e comportamentos sexuais ou técnicas de prazer, sendo esclarecidas pelos profissionais de saúde (DeMaria, et al., 2019).

Relativamente aos fatores psicológicos e emocionais, as mulheres realçaram principalmente que necessitaram de sentir a autoestima recuperada para tomarem decisões no âmbito da sexualidade e sentiram que a sua autodeterminação foi facilitada por ser exercida de forma natural, sem pressões, tendo em conta o próprio ritmo das participantes relativamente à recuperação após o nascimento dos filhos. Desta forma, estes resultados direcionam-nos para o descrito por Siqueira, Melo, & Morais, (2019) em que por vezes o sentimento de perda de autoestima devido a alterações que acontecem ao longo do ciclo gravídico-puerperal, desenvolve nas mulheres uma evolução negativa no que diz respeito à relação conjugal do casal. Pelo que, podemos afirmar que o facto das participantes sentirem a autoestima recuperada ou uma perceção melhorada de atratividade física, facilitou a tomada de decisão em questões relacionadas com a saúde sexual e saúde reprodutiva, mais especificamente na decisão do retorno à atividade sexual após o nascimento dos filhos. Do mesmo modo que segundo as participantes o facto de as decisões e os comportamentos ao nível da sexualidade se desenvolverem de forma natural e sem pressões, permite-nos entender que a autodeterminação destas mulheres foi facilitada pela sua própria autonomia. Estes resultados convergem com o descrito por Dean et al. (2021) em que o comportamento humano é incentivado por necessidades primárias, como a autonomia, onde a pessoa é o agente e encontra-se na origem da sua atitude para delinear um determinado comportamento.

As participantes também revelaram que a experiência positiva anterior manifestou-se como um fator facilitador da sua decisão, estando em conformidade com Ribeiro (2014) pois a capacidade de autodeterminação depende das vivências individuais e das experiências de aprendizagem que se adquirem ao longo da vida. Portanto, a escolha de um método contraceptivo é facilitada segundo as participantes, pelo facto de terem experienciado anteriormente a utilização do mesmo método. Estes resultados também convergem com os resultados do estudo de Santos, Paixão, Brito, Jerônimo, e Oliveira (2019) em que as mulheres optam por métodos, por vezes diferentes dos prescritos, que já tiveram contacto prévio, por acharem que seja mais seguro e provoque menos efeitos adversos.

Subcategoria: Fatores pessoais dificultadores

Relativamente aos fatores pessoais que dificultam as decisões e/ou os comportamentos das participantes em questões do foro da saúde sexual e da saúde reprodutiva, emergiram fatores físicos e fisiológicos. As participantes revelam que sua autodeterminação ao nível da sexualidade foi influenciada pela regeneração e a cicatrização do próprio corpo, bem como pela presença de lóquios após o nascimento dos filhos, dificultando os seus comportamentos ao nível da sexualidade.

E1 – *“acho que foi mesmo ali o período de haver a regeneração e a cicatrização do corpo, digamos assim”;*

E2 – *“no nosso caso o que influenciou muito foi durante um mês ter perda de sangue”.*

Dos discursos das participantes foi também possível perceber que fatores psicológicos e emocionais como o receio e medo da dor, medo de engravidar e o cansaço, dificultam a autodeterminação das mulheres no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos:

E5 – *“se calhar se tive ido logo ao ginecologista para avaliar a cicatriz, para controlar a minha parte psicológica porque eu achava que tinha mil pontos, se calhar aí tinha mudado ali um bocadinho aquela fase inicial...”;*

E7 – *“se eu estivesse a tomar se calhar olha «no instantinho então vamos lá» [...] é claro que agora não havendo o DIU, a pílula ou seja, torna-se realmente complicado e é uma preocupação e também seja uma condicionante, sim...”;*

E7 – *“porque a amamentação leva ao cansaço, o cansaço leva a não ter vontade, pronto e tudo o resto, não é?”.*

As participantes neste estudo revelam fatores pessoais que dificultaram a sua autodeterminação. Os resultados apresentados revelam que as tomadas de decisão relacionadas com a sexualidade foram dificultadas pelo período de tempo de regeneração e recuperação corporal, bem como pela presença de lóquios, o que converge com os resultados dos autores Jesus e Azevedo (2017). Segundo os autores anteriores, após o nascimento dos filhos, as mulheres manifestam necessidades de recuperação e cuidado com o corpo, vivenciando um momento propício para a sua própria estabilização. As mulheres vivenciam mudanças que se podem refletir na sua sexualidade não se sentindo confiantes para iniciar as relações sexuais, para respeitar o

tempo de recuperação corporal, optando por abstenção sexual (Jesus & Azevedo, 2017). Portanto, as participantes sentiram que a decisão ou os seus comportamentos ao nível da sexualidade foram dificultados pela presença de fatores físicos inerentes ao processo gravídico-puerperal tal como referem os autores Jesus e Azevedo (2017), uma vez que deduzem que adiaram o retorno da atividade sexual por estes motivos. Os autores Justino, Soares, Baraldi, Teixeira, e Salim, (2019) revelam ainda que a falta de informação que as mulheres detêm sobre o retorno à atividade sexual gera a vulnerabilidade das mesmas, corroborando com a necessidade em aguardar a confirmação de uma normalidade do organismo após o nascimento dos filhos.

O medo de uma nova gravidez e de sentir dor durante o ato sexual, são fatores determinantes para o comportamento das mulheres relativamente à sua sexualidade após o nascimento dos filhos (Enderle et al., 2013), bem como a quantidade de energia despendida nos cuidados ao recém-nascido, desenvolve nas mulheres cansaço e uma diminuição da disposição física e psicológica para a atividade sexual (Siqueira, Melo, & Moraes, 2019). Estes fatores convergem com os resultados apresentados nos discursos das participantes, uma vez que estas referiram que o facto de sentirem medo de ter dor durante o ato sexual ou medo de engravidar, dificultou de alguma forma os seus comportamentos no que diz respeito ao relacionamento com o companheiro e no restabelecimento da atividade sexual semelhante ao momento anterior ao nascimento dos filhos. Verifica-se nos discursos que as participantes se sentem com a responsabilidade de decidir sobre o planeamento reprodutivo, manifestando medo de engravidar e influenciando os seus comportamentos ao nível da saúde sexual e saúde reprodutiva, o que converge com os resultados de Justino, Soares, Baraldi, Teixeira e Salim (2019), que realça que a diminuição da responsabilização das mulheres durante esta fase poderá ser incentivada pela tomada de decisão compartilhada em casal. Nesta tomada de decisão a equipa de saúde considera-se como responsável por contribuir com conhecimento científico e o casal com conhecimento acerca dos seus próprios valores e das suas preferências. Contudo, de acordo com Baratieri, Soares, Kappel, Natal e Lacerda (2019) num estudo sobre recomendações sobre a atenção a mulheres no pós-parto na atenção primária, verifica-se uma abordagem sobre planeamento reprodutivo com foco direcionado para a utilização dos métodos contraceptivos pelas mulheres, sem inclusão do companheiro.

Do mesmo modo que o cuidado direcionado ao recém-nascido e o cansaço inerente dificultou a disponibilidade das participantes para se dedicarem às suas necessidades sexuais ou afetivas. Estes achados convergem com os resultados de Siqueira, Melo e Morais (2019), uma vez que após o nascimento dos filhos o tempo das mulheres para se dedicarem ao relacionamento é menor devido ao desafio de conciliar novos papéis e de adaptação a novas rotinas, o que consequente dificulta a sua atitude perante questões sobre saúde sexual e saúde reprodutiva.

Subcategoria: Fatores ambientais facilitadores

Da análise das entrevistas emergiram também fatores ambientais que influenciam a autodeterminação das participantes em questões relacionadas com a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos. Emergiram fatores do ambiente das participantes, que segundo as mesmas facilitaram nas suas decisões no âmbito da sexualidade, nomeadamente o companheiro. As participantes revelam que a conversa e o diálogo com os companheiros sobre assuntos relacionados com o tema, facilitou a sua autodeterminação.

E5 – *“Até foi em conversa com o meu namorado, e tentamos as coisas com mais calma”;*

E7 – *“nós falamos abertamente nesse sentido, não iniciar por exemplo já a pílula da amamentação ou optar por exemplo iniciar pelo preservativo e depois mais à frente a pílula... nós vamos fazendo, um bocadinho nós os dois a nossa gestão do nosso planeamento entre aspas”.*

Nos discursos das participantes foi também encontrada referência aos familiares e amigos, como fatores facilitadores ambientais. As participantes referem que a tomada de decisão foi facilitada por conhecimento da experiência de amigos conhecidos e pela opinião de outras pessoas, em verbalizações como:

E8 – *“por conhecimento que de pessoas que eu conheço que não se deram muito bem com isso, também não quis experimentar...”;*

E4 – *“fui ver as características do DIU que ele me aconselhou e ver o que é que outras pessoas dizem sobre dele, opiniões...”.*

As participantes do estudo realçaram, que necessitaram de receber indicação de profissionais de saúde para se decidirem relativamente a assuntos no âmbito da

sexualidade após o nascimento dos filhos, facilitando assim a sua autodeterminação. Referiram ser fundamental, de modo a facilitar a decisão ao nível de comportamentos sexuais, a avaliação posterior ao parto realizada por profissionais de saúde, bem como de adquirirem aconselhamento dos mesmos para posteriormente tomarem uma decisão.

E1 – *“É assim eu primeiramente gostaria de ter o aval de, digamos assim, da médica ginecologista em como se estivesse tudo bem. Portanto isso para mim era fundamental primeiro, pronto. E depois disso, tivesse a consulta que estava tudo ok”*;

E9 – *“a opinião sempre também médica... o que é que aconselham, e depois cabe a nós decidir se sim ou se não...”*.

O acesso a informação emergiu também como um fator ambiental facilitador da autodeterminação das participantes no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva, pois uma participante realçou a importância de facilmente aceder à sua médica assistente ou fisioterapeuta, para esclarecimento de dúvidas e posterior tomada de decisão.

E1 – *“também tendo alguma dúvida sabia que poderia, neste caso ou falar com a médica ou falar com a fisioterapeuta”*.

De acordo com Durso, Nascimento e Cunha (2016), as influências internas e externas da autodeterminação, não podem ser vistas como dois princípios opostos, o que converge com os discursos das participantes, pois além de fatores pessoais, as mesmas referiram fatores que fazem parte do seu meio social que influenciaram de algum modo a sua autodeterminação perante decisões sobre saúde sexual e saúde reprodutiva.

A autodeterminação de uma pessoa pode depender de fatores externos como o cônjuge, a família, amigos e normas sociais que em conjunto com fatores presentes e aspetos pessoais (expectativas, crenças pessoais, valores), um indivíduo determina o que pretende realizar para a sua própria vida (Durso, Nascimento, & Cunha, 2016). Assim, os resultados apresentados estão em conformidade com os autores anteriores e corroboram com o descrito por DeMaria, et al. (2019), uma vez que as participantes verbalizaram elementos do seu suporte social nomeadamente o companheiro, familiares e amigos, bem como os profissionais de saúde e o acesso a informação. Os autores DeMaria, et al. (2019) acrescentam que as atitudes e comportamentos das mulheres no âmbito da sexualidade após o nascimento dos filhos poderão ser influenciados por normas ou crenças sociais.

Podemos assim assumir que estes resultados apontam para a confiança no conhecimento das pessoas que fazem parte do meio relacional, social e de apoio das participantes, convergindo com os resultados de Rasteiro, Santos e Coutinho (2021), em que as mulheres após o nascimento dos filhos necessitam e valorizam o acesso a informação de fontes em quem confiam e se sentem compreendidas, para trocarem experiências e certificarem-se das suas decisões. As participantes referem que conversam com os maridos ou recebem informação por parte de familiares, amigos e profissionais de saúde, e posteriormente tomam uma decisão. Isto é, existem fatores externos que facilitam a autodeterminação das mulheres no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva tendo por base as intenções e expectativas pessoais.

Subcategoria: Fatores ambientais dificultadores

No âmbito dos fatores ambientais emergiram fatores que as participantes revelaram que dificultaram a sua autodeterminação na escolha e seleção de métodos contraceptivos a utilizar após o nascimento dos filhos, nomeadamente o médico:

E3 – *“a escolha da contraceção, foi mesmo influenciada pela questão médica, até porque como já lhe disse, não era de todo aquela que desejava estar a fazer”;*

E3 – *“a pílula dado que estou a amamentar não era de todo a contraceção que eu mais pretendia, eu se não estou doente, às vezes nem me lembro que tenho que tomar coisas... e portanto, para mim estava um bocadinho fora da questão de ser a pílula, mas depois tanto em conversa com a médica de família, como a ginecologista obstetra, percebemos que OK, dentro do que está disponível, estando a amamentar, é o mais seguro para que não haja aqui quebras na amamentação...”*

Assim como as participantes referiram a de falta de informação como fator ambiental dificultador na decisão sobre questões relativas à sexualidade após o nascimento dos filhos, referindo que quando as mulheres não estão informadas, devem sentir mais dificuldade nas decisões e nos comportamentos a tomar.

E1 – *“acho que quando as mulheres não estão informadas acerca disso, eu acho que deve dificultar imenso”*.

No entanto, as mulheres apontam fatores ambientais que dificultam a sua autodeterminação como os médicos, a falta de informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva e a amamentação.

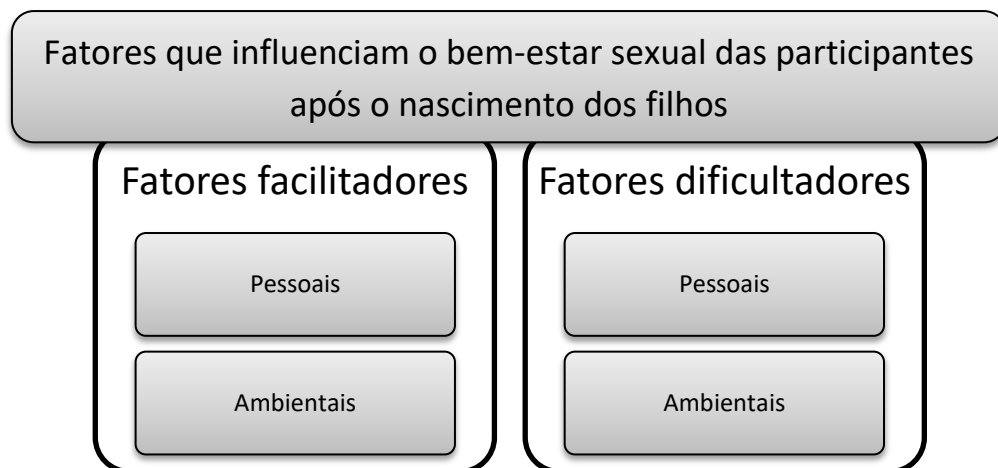
Ao nível da saúde, o utente deve participar ativamente nas decisões relacionadas com os seus cuidados de saúde e bem-estar. Para a mulher se tornar o motor do seu próprio processo saúde-doença, torna-se fulcral o empoderamento e a procurar informação relativa às suas necessidades (OMS, 2013). Contudo, podemos verificar pelos discursos das participantes que os médicos interferem neste processo de decisão e de capacidade de escolha das mulheres perante questões sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, não colocando a mulher no centro dos cuidados como recomenda a OMS (2013). Assim como, as mulheres não recebem informação suficiente para conseguirem tomar as suas decisões e autodeterminar-se perante questões relacionadas com a sexualidade após o nascimento dos filhos, o que converge com o descrito por Justino, Soares, Baraldi, Teixeira e Salim (2019) pois as mulheres não recebem informação suficiente sobre métodos contraceptivos nas unidades de saúde comprometendo a efetividade dos direitos reprodutivos e sexuais das mesmas.

Após a apresentação e discussão destes resultados, podemos afirmar que a autodeterminação das participantes encontra-se fortemente influenciada por diversos fatores que estão intimamente ligados com as próprias – fatores internos e externos. O facto das participantes se sentirem influenciadas por diversos fatores, faz com que as mesmas se sintam vulneráveis e com dificuldade em se autodeterminar perante assuntos relacionados com a saúde sexual e saúde reprodutiva. O facto do assunto da sexualidade estar ligado à intimidade de cada pessoa, provoca nas mulheres dificuldade em abordar e esclarecer dúvidas, influenciando a autodeterminação das mesmas. Torna-se crucial que o enfermeiro desenvolva cuidados de assistência integral para promover a abordagem do tema com o objetivo de as mulheres experienciarem uma vivência da sexualidade saudável e de bem-estar, com autonomia e segurança nas decisões.

4.4 FATORES QUE INFLUENCIAM O BEM-ESTAR SEXUAL DAS PARTICIPANTES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS

A análise dos dados, permitiu-nos identificar uma quarta categoria denominada fatores que influenciam o bem-estar sexual das participantes após o nascimento dos filhos. Como representado na figura 5, os fatores identificados são os seguintes: *fatores facilitadores* – pessoais e ambientais; e *fatores dificultadores* – pessoais e ambientais.

Figura 5 – Fatores que influenciam o bem-estar sexual das participantes após o nascimento dos filhos



Subcategoria: Fatores facilitadores

Relativamente aos fatores facilitadores que influenciam o bem-estar das participantes após o nascimento dos filhos, as participantes referiram fatores pessoais ao mencionarem a necessidade de se arranjar, de se vestirem bem e recuperarem a autoestima, ao verbalizarem que:

E5 – “*só ter tempo para tomar banho e arranjar, estar bem vestida, pronto ... para mim já faz toda a diferença*”.

E9 – “*sentirmo-nos bem, recuperarmos a nossa autoestima, isso é importante... a mulher após o nascimento, claramente tem uns dias complicados, mas depois de recuperar essa autoestima é importante*”

No que diz respeito aos fatores facilitadores ambientais, as participantes referiram aspetos como a relação com o companheiro, nomeadamente de aproximação, de companheirismo, de romance, elogio e carinho. Assim como, a comunicação que é estabelecida entre os dois, ao entenderem as necessidades dos dois e se compreenderem mutuamente, ao relatarem que:

E9 – “*o companheiro, porque ele, ou neste caso essa pessoa que está connosco é que vai ser o nosso braço direito nesta aventura, entre aspas... e o simples facto de chegarem com um elogio, com um carinho, com um beijo, com o dizer, está bonita, ou estás a ser excelente naquilo que estás a fazer, isso acho que contribui muito para essa parte de recuperação, de toda a sexualidade e assim...*”;

E10 – *“eu acho que é a comunicação, acho que se o marido tiver, se nos ouviu, se houve essa conversa, né? Se tiver paciência e lhes fizermos perceber e entender que está tudo bem, eu acho que é por aí [...] e, portanto, acho que passa muito por aí, pela compreensão mútua...”*.

Após o nascimento dos filhos, a mulher vivência um processo de adaptação e a forma como se sente em relação a si própria, por vezes associa-se ao sentimento de perda da autoestima por percepção subjetiva de incapacidade de sedução e reduzida atratividade física (Siqueira, Melo, & Morais, 2019). A recuperação da autoestima desencadeia na mulher sentimentos de bem-estar físico, psicológico, relacionais e sociais, o que converge com os fatores que emergiram nos resultados deste estudo, sendo fatores que são determinantes para a vivência positiva da sexualidade da mulher após o nascimento dos filhos.

A presença, o envolvimento do companheiro em todo o processo e o diálogo com o mesmo, segundo as participantes é importante para a manutenção da relação. A mulher vivencia um período mais sensível e de instabilidade emocional, pelo que é fundamental a compreensão e apoio ao nível do contexto familiar. Siqueira, Melo e Morais (2019) realçam a participação do companheiro uma vez que ele experiencia sentimentos semelhantes aos da mulher, o que está em conformidade com os discursos das participantes. Contudo, a direção dos acontecimentos pode desenvolver-se de forma favorável ou não para o relacionamento do casal.

Subcategoria: Fatores dificultadores

Da análise emergiram também fatores dificultadores do bem-estar sexual das participantes após o nascimento dos filhos. Relativamente aos fatores pessoais, as participantes referiram que a falta de tempo próprio para se sentirem bem com elas próprias, dificulta a relação com o companheiro e consequentemente o bem-estar sexual das mesmas:

E7 – *“não tenho tempo para mim, não tenho vontade de estar bem, para poder estar bem com o meu marido, porque acho que isso também é importante... é assim, se nós não estamos bem, também não nos sentimos bem”*.

No que se refere aos fatores ambientais, as participantes mencionaram fatores que dificultam o bem-estar sexual após o nascimento dos filhos, como a falta de informação

no âmbito da sexualidade no pós-parto e a falta de tempo para estar com o companheiro, ao referirem que:

E9 – *“não se fala muito do cariz, da parte sexual do bem-estar da mulher... há muito ainda aquela ideia de falar apenas para o método contraceptivo e pouco mais, planeamento para evitar uma próxima gravidez, evitar que e pouco mais... não há muito essas questões mais a focar de: “Ok, recuperou bem fisicamente... recuperou bem emocionalmente... que ajudas é que necessita...” ou pronto, ter assim um apoio nesse sentido”;*

E7 – *“eu sinto mesmo que nós precisamos de ter um tempo só para nós...”*.

As participantes referem que a falta de informação no âmbito da sexualidade condiciona o seu bem-estar sexual, no que se refere a conhecimentos sobre as mudanças físicas e psicológicas que a mulher vivencia. Segundo Siqueira, Melo e Moraes (2019), compete ao enfermeiro informar sobre os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode influenciar no ato sexual, assim como sobre assuntos relacionados com a saúde reprodutiva da mulher nesta fase. Siqueira, Melo e Moraes (2019) refere que o desempenho sexual é uma preocupação que envolve a mulher e o companheiro, havendo a necessidade de esclarecimento e orientações pelos enfermeiros de modo a articular estratégias para enfrentar a nova realidade. Não havendo informação neste âmbito, o bem-estar sexual da mulher poderá estar comprometido.

Após o nascimento de um filho, as prioridades de cuidado das participantes são direcionadas para o recém-nascido, apresentando-se como obstáculo para uma vivência da sexualidade positiva e satisfatória. As mulheres e os companheiros centram as suas atenções na criança, deixando para trás a sua perceção de casal, levando mesmo a sentimentos de rejeição (Siqueira, Melo & Moraes, 2019) o que vai ao encontro dos resultados deste estudo. As mulheres necessitam de reservar tempo e disponibilidade emocional, devido à necessidade de reinício do relacionamento e intimidade do casal, de modo a atingir um bem-estar sexual (Jesus & Azevedo, 2017).

CONCLUSÃO

O presente relatório diz respeito ao segundo ano de um percurso académico que corresponde ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do EESMO e de competências académicas de segundo ciclo, nomeadamente na área de investigação.

Os objetivos deste relatório incluem a reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito dos contextos de estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do EESMO, e o desenvolvimento de competências de investigação, para o qual foi desenvolvido um estudo de investigação qualitativa do tipo exploratório-descritivo.

No que diz respeito à reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito dos contextos de estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do EESMO, tendo em conta o projeto de estágio, pretendi apresentar o percurso ao longo dos estágios e refletir de que modo desenvolvi competências quer formativas / académicas, quer pessoais.

Sobre os estágios desenvolvidos, na sua globalidade, superaram as minhas expectativas iniciais. Mesmo tendo decorrido em contexto pandémico, considero que perante as alterações e os ajustes necessários para desenvolver as atividades planeadas inicialmente, os momentos de aprendizagem foram imensos e consegui alcançar os objetivos estabelecidos. Permitiu-me aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, numa perspectiva individual e coletiva. Realço que as dificuldades que iam surgindo foram ultrapassadas com esclarecimento de dúvidas junto das enfermeiras tutoras e equipa multidisciplinar, assim como, através da realização de pesquisa bibliográfica. Pelo que, sempre senti apoio, disponibilidade e compreensão das equipas de saúde, e das enfermeiras tutoras que foram incansáveis e sempre muito disponíveis em todo o

processo de ensino-aprendizagem, tal como as professoras orientadoras de estágio, sempre se mostraram disponíveis em qualquer fase do processo.

Relativamente ao desenvolvimento de competências de investigação, permitiu ao nível profissional, a tomada de consciência da importância da escuta das vivências da mulher para direcionar os cuidados às necessidades individuais partilhadas.

Perante a minha experiência clínica, as mulheres durante o período após o nascimento dos filhos, apresentam reduzidos conhecimentos sobre a sexualidade segura e saudável em casal, nomeadamente em questões de saúde sexual e saúde reprodutiva, do mesmo modo que demonstram dificuldade na autodeterminação de forma a participar ativamente no controlo da sua saúde sexual e saúde reprodutiva. Assim, foi definida a seguinte questão de partida para esta investigação: “Quais os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o período após o nascimento dos filhos?”.

Com este estudo pretendíamos identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o primeiro ano após o nascimento dos filhos e conhecer os fatores que influenciam a autodeterminação das mulheres sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

Foi assim desenvolvido um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo, em que participaram dez mulheres no primeiro ano após o nascimento dos filhos, de nacionalidade portuguesa, selecionadas por conveniência, com recurso à técnica de bola de neve. Os dados foram colhidos através de entrevistas individuais semiestruturadas, entre março e maio de 2022. A análise de dados foi realizada segundo as orientações metodológicas de Bogdan e Biklen (1994). O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA: E (Parecer nºP848/02-2022).

Em conformidade com a literatura, para este grupo de mulheres parece poder afirmar-se que apresentam conhecimento sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, no que se refere às mudanças do bem-estar e aos métodos contraceptivos a usar no pós-parto, e identificaram fontes de informação no domínio da saúde sexual e saúde reprodutiva, onde poderiam recorrer. Os fatores que influenciaram a autodeterminação das mulheres foram do domínio pessoal e ambiental, podendo ser facilitadores ou dificultadores. Como fatores pessoais facilitadores foram identificados o bem-estar pessoal; físicos e fisiológicos (sensação de bem-estar, ausência de pontos de reparação perineal);

psicológicos e emocionais (autoestima recuperada, desejo sexual) e experiências positivas anteriores. Os fatores pessoais dificultadores eram de ordem física e fisiológica (regeneração do corpo no pós-parto), e psicológicos e emocionais (receio e medo da dor, medo de engravidar e cansaço).

Dos fatores ambientais facilitadores destaca-se o contributo do companheiro, dos familiares e amigos, dos profissionais de saúde e do acesso à informação. A falta de informação foi um fator ambiental dificultador.

Após a análise de dados, dada a importância da vivência da sexualidade positiva da mulher após o nascimento de um filho, identificaram-se os fatores que influenciam o seu bem-estar sexual. As participantes referiram ser importante ter tempo para se arranjar e promoverem a sua autoestima, bem como a presença, o envolvimento do companheiro e a comunicação com o mesmo. Relativamente aos fatores dificultadores, realçaram a falta de tempo pessoal, a falta de informação no âmbito da sexualidade e a falta de tempo para estar com o companheiro.

Durante a realização deste estudo, surgiram algumas dificuldades e limitações. Realça-se a inexperiência da investigadora na utilização dos procedimentos metodológicos qualitativos, no que diz respeito à realização de entrevistas semiestruturadas, na especificidade da análise de conteúdo e da limitação de tempo académico.

O facto de o assunto a abordar com as participantes ser relacionado com o foro íntimo e pessoal de cada uma, pode ter desenvolvido alguns constrangimentos e dificuldades na abordagem e profundidade das informações fornecidas pelas mulheres, o que de alguma forma pode ter comprometido os resultados desta investigação.

Como referido na metodologia, a validação dos dados colhidos foi realizada por oito entrevistadas, em que uma delas validou a transcrição e realizou correções ortográficas e não de conteúdo dos dados. Realça-se assim que a validação pelas restantes participantes teria sido importante para o rigor e precisão de todos os achados descritos.

Outro fator limitante, característico da natureza da investigação qualitativa, diz respeito à impossibilidade de generalização dos resultados. No entanto, esta limitação não diminui a utilidade e o valor dos resultados obtidos, uma vez que permite refletir sobre os sentimentos e as necessidades das mulheres no âmbito da sexualidade após o nascimento dos filhos, e da prática dos EESMO perante estas questões.

Perante o apresentado, considera-se que os objetivos delineados para este estudo foram cumpridos, emergindo contribuições importantes para reflexão sobre a intervenção dos EESMO em três grandes áreas: na prática clínica, na formação e na investigação.

A identificação do conhecimento que as mulheres detêm sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos, bem como, conhecer os fatores que influenciam a sua autodeterminação neste domínio, são uma mais-valia para os cuidados de enfermagem, pois permitem conceber e planejar intervenções de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e facilitar a sua autodeterminação.

Ao nível da formação sugerimos a abordagem destes temas desde a formação inicial dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, de um modo mais significativo na especialização em EESMO, permitindo uma homogeneidade de conhecimentos e profissionais mais capacitados para a abordagem desta temática.

Continua a ser necessário o desenvolvimento de estudos nesta área, nomeadamente em Portugal. Sugere-se, assim, a realização de estudos que avaliem o conhecimento das mulheres, desde o período preconcecional até ao primeiro ano após o nascimento dos filhos, e de que forma é que o EESMO pode intervir para garantir uma tomada de decisão da mulher e uma plena autodeterminação pelos seus projetos de vida e de saúde.

Desejamos que este relatório permita a que estudantes e colegas EESMO reflitam sobre atividades que desenvolvem nestas áreas e se conscientizem sobre a importância da saúde sexual e saúde reprodutiva para o bem-estar e a saúde das mulheres que assistem após o nascimento dos filhos. A sexualidade é um assunto que pode configurar alguma dificuldade na abordagem, tanto para os profissionais de saúde como para os utentes. O desenvolvimento das competências em contextos clínicos permitiu à investigadora entender que as mulheres não têm conhecimento sobre este assunto e sentem dificuldade em tomar uma decisão perante questões sobre saúde sexual e saúde reprodutiva.

Por último, a realização deste estudo, significa para a investigadora uma experiência gratificante e satisfatória, tanto a nível profissional como a nível pessoal, apesar das exigências, pela capacidade de ultrapassar as dificuldades que foram surgindo ao longo da sua elaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, B. C., Nascimento, B. G., Santos, P. F., Santos, L. C., Ferreira, E. B., & Andrade, J. (2021). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV/aids: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 1-11. Recuperado de: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.67527>.
- Aviso nº 3916/2021 de 3 de março. (2021). *Diário da República nº43/2021, 2ª Serie de 2021-03-03*, Ordem dos Enfermeiros. 237-256.
- Baratieri, T., Soares, L. G., Kappel, E. P., Natal, S., & Lacerda, J. T. (jul./set. de 2019). Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática. *Revista de APS* 22(3), pp. 682-701. Recuperado de: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16916>.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, M. S., Miranda, G. J., & Freitas, S. C. (maio - agosto de 2017). A teoria da autodeterminação aplicada na análise da motivação e do desempenho acadêmico discente do curso de ciências contábeis de uma instituição publica brasileira. *Revista Contemporânea de Contabilidade* v.14, nº32, pp. 89-107. Recuperado de: <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2017v14n32p89>.
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil* 15(3), pp. 137-145. Recuperado de: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
- Costa, P. P., Garcia, A. R., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. *Revista Texto Contexto Enfermagem* 25 (1), pp. 2-7. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>.

- Dean, E. E., Kirby, A. V., Hagiwara, M., Shogren, K. A., Ersan, D. T., & Brown, S. (2021). Family role in the development of self-determination for youth with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. *Intellectual and developmental disabilities* Vol. 59, No. 4, pp. 315-334. doi:10.1352/1934-955-59.4.315.
- Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março. (2006). *Diário da República, I Série-A (no60)*, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- DeMaria, A. L., Delay, C., Sundstrom, B., Wakefield, A. L., Avina, A., & Meier, S. (2019). Understanding women's postpartum sexual experiences. *Culture, health & sexuality*, pp. 1162-1176. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1543802>.
- DGS. (2008). *Programa nacional da saúde reprodutiva - saúde reprodutiva. Planeamento familiar*. Lisboa: Autor. Recuperado de: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf.
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor. Recuperado de: <https://www.insa.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude-aprovada-a-revisao-e-extensao-ate-2020/>.
- DGS. (2020). *Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade - CPPP e Cursos de Recuperação Pós-parto - CRPP; Orientações*. Lisboa: Autor. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>.
- DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2001). *Rede de Referência materno-infantil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dias, J. P., Mutz, B. H., & Carneiro, R. D. (2020). Implicações do puerpério na sexualidade da mulher. *Revista de Associação Portuguesa de Sociologia*, 23 (Supl. 2), pp. 175-176. .
- Durso, S. O., Nascimento, E. M., & Cunha, J. V. (agosto de 2016). Fatores motivadores da realização de disciplinas em EAD: Um estudo sob a ótica da teoria da autodeterminação. *Future Studies Reserch Journal: trends and strategies*, pp. 83-116.

- Enderle, C. F., Kerber, N. d., Lunardi, V. L., Nobre, C. G., Mattos, L., & Rodrigues, E. F. (maio-junho de 2013). Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Revista Latino-americana Enfermagem* 21(3), pp. 0-7.
- Esteves, L. F., Cunha, I. K., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1842-1853. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>.
- Ferreira, M. d., Ferreira, S., Ferreira, N., Andrade, J., & Duarte, J. C. (jun/dez de 2014). Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama da mulher portuguesa. *Milenium*, 47, pp. 83-96.
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, P. C., Loureiro, L. M., & Domingues Fernandes, M. I. (2019). A função sexual da pessoa transplantada renal. *Revista de Enfermagem Referência* vol. IV, núm.21, pp. 47-61. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388260457005>.
- Gonzaga, P. R. (2022). Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: urgências para a formação profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão* v.42, pp. 1-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>.
- Henrique, T. d. (2021). *Função sexual e via de parto durante o puerperio remoto*. Araranguá: Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/226830>.
- Jesus, W. G., & Azevedo, V. d. (2017). Sexualidade no puerpério: a visão do casal. *Enfermagem Obstétrica*, pp. 1-6.
- Justino, G. B., Soares, G. C., Baraldi, N. G., Teixeira, I. M., & Salim, N. R. (2019). Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. *Revista de Enfermagem on line UFPE* 13:e240054, pp. 1-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>.

- Lima, V. d., Hollanda, G. E., Oliveira, B. M., Oliveira, I. G., Santos, L. F., & Carvalho, C. L. (julho/setembro de 2019). Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, pp. 968-975. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>.
- Loureiro, L. M. (junho de 2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem - crítica, estratégias e possibilidades. *Referência - Revista de Enfermagem*, vol. II, núm. 2, pp. 22-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124001>.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory - Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. Recuperado de: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.
- Mendonça, C. R., Silva, T. M., Arrudai, J. T., García-Zapata, M. A., & Amaral, W. N. (Julho/Agosto de 2012). Função sexual feminina: aspetos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Feminina: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* (40), pp. 195-202.
- Mota, J. F., Almeida, M. S., Magalhães, G. C., Souza, V. C., Silva, J. M., & Anjos, K. F. (2021). Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. *Revista Baiana Enfermagem* 35:e41929, pp. 1-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.41929>.
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lindel - Edições Técnicas, Lda.
- Nogueira, A. d., & Pachú, C. O. (Novembro de 2021). Sexualidade da mulher e autocuidado no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.

Research, Society and Development, v.10, n.15, pp. 1-9. Recuperado de: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22157>.

Nunes, I. d., Almeida, D. R., Campos, A. L., Silva, A. A., Ramos, A. S., Oliveira, C. S., et al. (jan/feb de 2021). Sexualidade no puerpério: uso de contraceptivos. *Brazilian Journal of Health Review*, v.4, n.1, pp. 3150-3172. Recuperado de: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-250>.

OE. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Denmark: WHO regional office dor Europe. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326442/9789289002943-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

OMS. (2015a). *Sexual health, human rights and the law*. Rio Grande do Sul: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>.

OMS. (2015b). *Sustainable development goals*. Obtido em 09 de fevereiro de 2022, de United nations development programme 2022: Recuperado de: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

OMS. (2018a). *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva - Recomendaciones de la OMS*. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>.

OMS. (2018b). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Obtido em 03 de fevereiro de 2022, de World Health Organization: Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>

OMS. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Obtido em 2022 de abril de 2022, de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Parecer Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº50/2014. (s.d.). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem

de Saúde Materna e Obstétrica. *Colocação de DIU, IMPLANON e marcação de consultas de vigilância de gravidez de baixo risco assim como em grávidas diabéticas gestacionais por enfermeiros especialistas de enfermagem saúde materna e obstétrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Patias, N. D., & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em estudo*, v.24, e43536, pp. 1 - 14. Recuperado de: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536> .

Rasteiro, R., Santos, E., & Coutinho, E. (2021). Necessidades e preocupações maternas no período pós-parto: revisão sistemática da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios* vol.8, pp. 817-827 doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827>.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (s.d.). *Diário da república nº26/2019 - 2ª Série*. Lisboa, Portugal.

Regulamento nº391/2019 de 3 de maio. (s.d.). *Diário da República nº85/2019 - 2ª Série*. Lisboa, Portugal.

Ribeiro, A. (2014). *Passaporte básico para a autodeterminação de pessoas com deficiência intelectual*. Obtido em 2022 de fevereiro de 9, de Psicologia.pt.

Rodrigues, I. R. (2021). *Fase de resolução e funcionamento sexual*. (Dissertação de mestrado): Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.12/8306>.

Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto - resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa* 10(1), pp. 8-11.

Santos, A. M., Santos, F. C., & Cendoroglo, M. S. (janeiro-março de 2015). Sexualidade e dor crônica em idosas longevas: descrição de fatores interferenciais. *Revista da dor. São Paulo* 16(1), pp. 48-52. Recuperado de: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150010>.

Santos, K. S., Paixão, G. N., Brito, P. C., Jerônimo, A. S., & Oliveira, E. S. (jan-abr de 2019). A experiência de mulheres no pós-parto sobre planeamento familiar.

Saúde e Pesquisa 12(1), pp. 177-185. Recuperado de: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p177-185>.

Silva, Á. A., Cardelli, A. M., Ferrari, R. P., Medeiros, F. F., Santos, I. L., Curan, F. S., et al. (2021). Puerpério remoto: seguimento do primeiro ano pós-parto pela atenção primária de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde Vol.13(1)*, pp. 1-10. Recuperado de: <https://doi.org/10.25248/reas.e5217.2021>.

Silva, L. D., Beck, C. L., Dissen, C. M., Tavares, J. P., Budó, M. D., & Silva, H. S. (Mai/Ago de 2012). O enfermeiro e a educação em saúde: Um estudo bibliográfico. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2(2), pp. 412-419.

Silva, R. L., Sousa, É. L., Silva, M. d., Rocha, G. T., Jorge, H. F., & Pereira, L. C. (2021). Análise da produção científica acerca do conhecimento das mulheres sobre a contraceção no puerpério. *Revista Enfermagem Atual In Derme* v.95, nº35, pp. Recuperado de: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1145>.

Simões, C. (2016). *O direito à autodeterminação da pessoas com deficiência*. Porto: Associação do Porto de Paralisia Cerebral e Faculdade de Direito da Universidade do Porto.

Siqueira, L. R., Melo, M. P., & Morais, R. L. (08 de novembro de 2019). Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, pp. 1-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.5902/2179769233495>.

SNS. (2022). *Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 26 de setembro de 2022, de Serviço Nacional de Saúde: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100951/Paginas/default.aspx>

Sousa, S. C., Leão, D. R., Vieira, B. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., & Cruz, A. N. (setembro de 2016). A puérpera internada frente à prevenção da gravidez: possibilidade e limites da enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line* 10 (Supl. 4), pp. 3560-3566. Recuperado de: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201607.

SPC, SPG & SPMR. (2020). *Consenso sobre contraceção*. Obtido em 7 de abril de 2022, de Sociedade Portuguesa da Contraceção:

https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf

SPG. (2021). *Consenso nacional sobre menopausa 2021*. Lisboa: Ad Médic, Lda.
Recuperado de: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem - Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusodidacta.

Zillmer, J. G., Salci, M. A., Rozza, S. G., Alvarez, Â. M., Meirelles, B. S., & Silva, D. G. (dezembro de 2013). Autodeterminação de pessoas em condição crónica: abordagem reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7, pp. 7215-7221.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

IXº Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Ano letivo 2020/2021

JÉSSICA MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS

PROJETO DE ESTÁGIO

Coimbra, março de 2021



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

IXº Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ano letivo 2020/2021

JÉSSICA MARIA DA CONCEIÇÃO MARTINS

PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia

Professora Coordenadora Maria Neto Leitão

Coimbra, março de 2021

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis”*

(José de Alencar)

ÍNDICE DE SIGLAS

EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER-ESMO - Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Tabela 2 – Competências específicas do EE-ESMO

Tabela 3 – Cronograma de atividades a desenvolver segundo as competências

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	17
2. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	19
2.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	19
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS.....	29
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

O presente Projeto Individual de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ER-ESMO), integrada no plano de estudos do segundo ano do IXº Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, como elemento de avaliação da componente de estágio.

Esta unidade curricular tem uma duração e desenvolve-se ao longo de 40 semanas, com início a 6 de janeiro de 2021 e encontra-se dividida em duas componentes: a componente de estágio e a componente de investigação/elaboração do relatório, pelo que surge este projeto de estágio integrado na componente de estágio. Relativamente à mesma, o estágio será desenvolvido em unidades de saúde primários e diferenciados, encontrando-se organizada em três blocos:

- Bloco A: Unidades de cuidados na comunidade e consultas externas;
- Bloco B: Unidades de internamento de grávidas / medicina materno-fetal e unidades de internamento de puérperas;
- Bloco C: Sala / bloco de partos.

De acordo com o plano esquemático presente no Guia Orientador - Componente de Estágio (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2021), do 2º ano do IXº MESMO o meu estágio deverá desenvolver-se pela seguinte ordem: Bloco C, Bloco A e Bloco B e no final de cada bloco deverão ser elaboradas três reflexões críticas também como elementos de avaliação.

Considerando o presente projeto como um projeto de aprendizagem, de acordo com Fagundes (2008) citado por Model (2010), um projeto de aprendizagem consiste numa proposta de aprendizagem em que o sujeito de aprendizagem, neste caso o estudante,

determina e orienta o seu próprio processo de aprendizagem e se propõe a adquirir competências. Deste modo, a elaboração deste projeto tem como objetivo planejar o percurso de aprendizagem ao longo dos contextos de saúde, tendo por base a aquisição e consolidação de competências e conhecimentos técnico-científicos.

Ao longo deste período de formação, o enfermeiro deverá desenvolver e revelar competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) que lhe permita futuramente prestar cuidados com segurança, conhecimento e responsabilidade como elemento integrado numa equipa multidisciplinar.

As competências comuns do enfermeiro especialista englobam, segundo o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro):

- a) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- c) Competências do domínio da gestão dos cuidados;
- d) Competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

E de acordo com o *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio) as competências específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) são:

- a) Cuida mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;

- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Neste sentido, descrevo as aprendizagens e competências que pretendo desenvolver nos diferentes contextos clínicos, assim como as estratégias que utilizarei para a sua concretização e desenvolvimento. Sendo assim, ao longo deste projeto, tendo por base as competências comuns e específicas dos EE-ESMO, apresento os objetivos que pretendo atingir, descrevendo as atividades a desenvolver para atingir os objetivos, a sua respetiva avaliação e o cronograma das atividades previstas.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos, começando por apresentar a *Contextualização das Unidades de Saúde* onde irá decorrer o estágio nos diferentes contextos de prestação de cuidados. De seguida, apresento o segundo capítulo com o *Planeamento das atividades a desenvolver*, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EE-ESMO. Posteriormente, o terceiro capítulo corresponde ao *Cronograma de atividades a desenvolver, segundo as competências*. Por último, apresento a *Conclusão* que enquadra as considerações finais relativamente da elaboração do presente projeto.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Para a realização do respetivo estágio no âmbito da unidade curricular de ER-ESMO estabeleceu-se a sua realização em:

- Maternidade na região centro de Portugal, inserida num centro hospitalar universitário no contexto de Sala de Partos, Unidade de internamento de puérperas e recém-nascidos, unidades de internamento de grávidas e consultas externas;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) na região centro de Portugal, em contexto de unidades de saúde da comunidade;
- Maternidade na região do norte de Portugal em estágio de observação na Sala de Partos.

A maternidade da região centro de Portugal rege-se pela missão, visão e valores estabelecidos pelo centro hospitalar universitário que se concentram numa prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, em contexto de formação, investigação e ensino, proporcionando um atendimento humanizado, próximo e confiável, respeitando o indivíduo como um todo.

A Sala de Partos da primeira maternidade articula-se com o serviço de urgência e o serviço de Saúde Materno-Fetal, serviço de neonatologia e serviço de internamento de puérperas, prestando cuidados de saúde a mulheres em situação de trabalho de parto e recém-nascidos, e a mulheres com complicações de natureza obstétrica. Na sua estrutura física além das salas de parto, da sala do recém-nascido e da área de registos da equipa multidisciplinar, também possui uma sala operatória onde são realizadas as cesarianas e cirurgias relacionadas com complicações do foro obstétrico. A equipa de saúde é composta por uma equipa de bloco de partos e uma de equipa bloco operatório, ambas constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

As Unidades de Cuidados na Comunidade centram-se numa prestação de cuidados de saúde

de proximidade e de qualidade a grupos vulneráveis da comunidade, enquanto as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados direcionam-se para os indivíduos ou família de toda a população. Neste estágio a prestação de cuidados de enfermagem enquanto futura EESMO terá como finalidade o desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher/família durante o período precocenional, pré-natal, pós-natal e em áreas de saúde sexual, planeamento familiar e mulheres a vivenciar ou a transitar para o período do climatério ou situações de saúde/doença ginecológica.

Com o objetivo de conhecer uma diferente realidade de assistência à mulher/pai/acompanhante, durante o trabalho de parto e assim aumentar a qualidade do conhecimento e das competências desenvolvidas ao longo deste período de aprendizagem, optei por realizar uma semana de ensino clínico de observação na Sala de Partos de uma maternidade do norte de Portugal.

Segundo Sistema Nacional de Saúde (2021), o serviço de Obstetrícia e Ginecologia é composto por uma equipa multidisciplinar que “integra obstetras e ginecologistas, enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, pediatras, anestesistas, assistente social, psicóloga, assistentes técnicos e assistentes operacionais” que investem numa assistência inovadora para proporcionar “um parto feliz, inesquecível e vivido pelo casal”. Este serviço permite um acompanhamento da grávida por parte do companheiro ou convivente significativo, desde o momento de admissão até ao momento de alta, proporcionando assim uma vivência e participação permanente nos cuidados ao recém-nascido pelo casal, desde o seu nascimento.

2. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Neste capítulo, apresentarei as atividades que pretendo desenvolver, tendo por base as competências do enfermeiro especialista e os objetivos que pretendo atingir ao longo do meu percurso de formação.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tabela 1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Competências a desenvolver	Objetivos	Atividades a desenvolver	Avaliação
<u>2.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</u>	- Desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, no cuidado à mulher/família, tendo em conta os princípios éticos e deontologia profissional;	- Informar a mulher/família de forma clara e objetiva, apoiando a mesma na sua tomada de decisão de forma consentida e esclarecida; - Participar na elaboração da tomada de decisão sobre as intervenções a propor à mulher/família em equipa multidisciplinar; - Respeitar os Direitos Humanos na intervenção à mulher/família de acordo com a deontologia profissional; - Reconhecer o direito das mulheres/família, no acesso à informação; - Garantir/respeitar a confidencialidade e a segurança da informação; - Respeitar a privacidade e a autodeterminação da mulher/família, assim como pelos seus valores, costumes e crenças. - Usar uma linguagem adequada e ajustada às especificidades dos utentes e familiares; - Executar os cuidados à mulher/família com base no conhecimento científico e tecnológico mais atual, de forma a garantir a segurança dos mesmos.	- Validação junto da enfermeira tutora.

<u>2.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade</u>	- Desenvolver de práticas promotoras da melhoria contínua da qualidade; - Participar e aplicar projetos desenvolvidos pelos serviços de prestação de cuidados;	- Conhecimento das estruturas físicas no local onde irá decorrer o estágio; - Conhecimento da visão, missão e valores institucionais e do serviço; - Consulta de documentação existente no serviço (normas, protocolos, projetos, entre outros); - Utilizar conhecimentos ao longo do estágio de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade; - Utiliza o conhecimento da evidência científica e normas na prestação de cuidados; - Estabelece prioridades na prestação de cuidados às mulheres/família; - Organizar o ambiente físico para prevenir acidentes e proporcionar conforto à mulher/família; - Utilizar técnicas e conhecimentos científicos para garantir a efetividade dos cuidados/terapêutica. - Identificar desvios do processo fisiológico e intervir ou referenciar; - Conhecer e participar nos projetos de melhoria contínua existentes nas unidades de saúde.	- Validação junto da enfermeira tutora.
<u>2.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados</u>	- Gerir os cuidados de enfermagem garantindo a segurança e a qualidade das práticas realizadas; - Adequar os recursos às necessidades dos cuidados;	- Conhecer as necessidades das mulheres/família para a tomada de decisão sobre intervenções a propor; - Colaborar com a equipa de saúde e multidisciplinar na tomada de decisão sobre intervenções/cuidados e a organização do serviço; - Realizar registos dos cuidados prestados consoante a organização do serviço; - Reconhecer a necessidade de decisão ou referenciação de situações clínicas para outros prestadores de saúde; - Utilização de recursos de forma eficiente;	- Validação junto da enfermeira tutora.

<u>2.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais</u>	- Desenvolver autoconhecimento e assertividade;	- Reconhecer que o enfermeiro, enquanto pessoa, interfere na relação com o utente que cuida; - Demonstrar uma capacidade de autoconhecimento, estabelecendo relações terapêuticas e multiprofissionais; - Elaborar tomadas de decisão e intervenções tendo em conta a evidência científica atual.	- Validação junto da enfermeira tutora.
--	---	---	---

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Tabela 2 – Competências específicas do EE-ESMO

Competências a desenvolver	Objetivos	Atividades a desenvolver	Avaliação
<u>2.2.1 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional</u>	- Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período precocesional;	- Acolhimento da mulher/família no local onde decorre o contacto, de forma empática e com respeito pela sua individualidade; - Recolher informação (anamnese), avaliação inicial e realização de exame físico. - Integrar a educação para a saúde, tendo em conta a promoção da saúde e a readaptação a novas alterações; - Colaborar no âmbito da educação sexual, regulação da fecundidade e promoção da Parentalidade responsável; - Colaborar em projetos/programas de saúde pré concepcional; - Informar e orientar as mulheres/família sobre os recursos disponíveis na comunidade onde está inserida; - Transmitir informação e orientar sobre planeamento familiar e no âmbito precocesional, promovendo a tomada de decisão informada e consciente; - Informar, aconselhar e facultar métodos contraceptivos,	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de consultas realizadas; - Número de sessões de educação para saúde; - Número de projetos colaborados;

		supervisionando a sua utilização; - Colaboração na colocação e/ou retirada de dispositivo intra uterino (DIU); - Colaboração na colocação e/ou retirada do implante (Implanon); - Prestação de cuidados em situações de rastreio e diagnóstico da situação de saúde (grupos/comunidades); - Assistência à mulher/homem/casais no âmbito da sexualidade, de fertilidade e doenças sexualmente transmissíveis;	- Número de consultas no âmbito da contraceção / planeamento familiar; - Número de colocação/ retirada de DIU e Implanon; - Número de consultas de rastreio.
<u>2.2.2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</u>	- Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;	- Acolhimento da mulher/grávida/família no local onde decorre o contacto; - Recolher informação (anamnese), avaliação inicial e realização de exame físico. - Realização de consultas à mulher /casal em no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, nomeadamente transmitir informação pertinente e concreta de forma apoiar a tomada de decisão informada e consciente. - Providenciar apoio emocional e promover a saúde mental na vivência da gravidez, através do estabelecimento de relação empática e de confiança; - Promover a decisão esclarecida sobre sexualidade e contraceção pós-aborto; - Colaboração em projetos/programas de saúde pré-natal - Conhecer as expectativas da mulher e apoio à grávida/casal no âmbito do plano de parto; Promover o plano de parto e apoiar a mulher na decisão; - Colaborar e desenvolver ações e cuidados de educação para a saúde, tendo em conta a promoção da saúde e a readaptação a novas alterações – preparação para o parto/nascimento e parentalidade responsável, processos de transição em situações de luto e perda gestacional.	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de consultas no âmbito da interrupção voluntária da gravidez; - Número de projetos/programas de saúde pré-natal;

		- Colaboração em projetos/programas de saúde mental na gravidez; - Empoderamento da grávida/casal sobre a prevenção e controle da dor; - Colaborar e desenvolver ações e cuidados de educação para a saúde na área da promoção da amamentação/aleitamento materno; - Avaliar as características e o bem-estar do feto através da auscultação da frequência cardíaca fetal, da avaliação dos movimentos fetais, da realização de Manobras de Leopold e da avaliação do registo cardiotocográfico; - Avaliar a determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto; - Informar e promover e prestar cuidados de modo a potenciar uma gravidez saudável e/ou a saúde da mulher durante um abortamento e após aborto; - Informar e orientar sobre medidas para alívio de desconfortos durante a gravidez; - Prestar cuidados e desenvolver intervenções às mulheres com patologia associada ou concomitante com a gravidez e no tratamento da mulher com complicações da gravidez; - Detetar, informar e intervir precocemente perante complicações pós-aborto.	- Número de avaliações do bem-estar materno/fetal realizadas no período pré-natal;
<u>2.2.3 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</u>	- Promover a saúde da mulher e do recém-nascido, inserido na família, durante o trabalho de parto;	- Acolhimento da mulher/grávida/família no local onde decorre o contacto; - conhecer as expectativas e planos de parto das mulheres/família em trabalho de parto; - Preparar e garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; - Avaliar as características e o bem-estar do feto através avaliação do registo cardiotocográfico; - Promover intervenção não farmacológicas no controlo	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de avaliações do bem-estar materno/fetal realizadas durante o trabalho de parto;

		da dor; - Identificar e monitorizar o trabalho de parto: aprender e desenvolver conhecimentos sobre a utilização de materiais disponíveis nas unidades como o partograma e sistemas informáticos (registo STAN); - Identificar e atuar precocemente em situações de risco materno-fetal durante o trabalho de parto e em situações com desvios do padrão normal de evolução do TP – referenciar situações que estão para além da atuação de ESMO; - Observar e avaliar a estrutura pélvica relativamente ao feto durante o TP; - Realizar quarenta partos de apresentação cefálica e colaborar em parto de apresentação pélvica; - Realizar a avaliação da elasticidade do períneo durante o coroamento da cabeça fetal, avaliando a necessidade de realizar episiotomia. - Preparar a unidade para receber o recém-nascido; - Assistência do RN com avaliação imediata e implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina; - Prestar cuidados de reanimação do RN em situação de emergência; - Colaborar na prestação de cuidados com outros profissionais ao RN com alterações morfológicas e funcionais, do mesmo modo como referenciar alterações que estejam para além da atuação do EESMO; - Identificar, planear, atuar e avaliar intervenções a parturientes com patologia associada ou concomitante com a gravidez e medidas de suporte emocional e psicológico; - Avaliar a integridade do canal de parto e utilizar técnicas de reparação; - Colaborar na prestação de cuidados com outros	- Número de intervenções de prevenção e controlo da dor; - Número de partos realizados; - Número de avaliações de bem-estar e assistência ao recém-nascido; - Número de espisiorrafias realizadas;
--	--	---	---

		profissionais, a parturientes com complicações na gravidez e no parto;	
<u>2.2.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</u>	-Promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal, facilitando os processos de transição e adaptação à Parentalidade;	- Conhecer as expectativas da mulher/pai/família para o processo de transição e adaptação à parentalidade; - Promover a vinculação precoce e segura do RN. - Colocar o RN em contacto pele-a-pele precoce com a mãe (vinculação precoce) e promoção da amamentação/aleitamento materno na primeira hora após o nascimento; - Envolver o pai/família neste primeiro contacto com o RN; - Prestação de cuidados de enfermagem à puérpera no pós-parto imediato; - Preparar a unidade de internamento para receber a puérpera e o RN; - Apresentar o espaço físico do serviço de internamento, o modo de funcionamento e as suas normas (refeições, horários, entre outras); - Realizar uma avaliação inicial da puérpera/RN/família (no internamento ou em consultas posteriores ao parto); - Planear os cuidados de enfermagem tendo em conta os resultados esperados/objetivos incluindo a puérpera/recém-nascido – envolver a puérpera no processo de cuidados; - Promover o autocuidado da puérpera e a autonomia desta nos cuidados ao recém-nascido; - Executar cuidados de enfermagem à puérpera e recém-nascido; - Efetuar a observação e avaliação física da puérpera: pele e mucosas, mamas e mamilos, fundo uterino, lóquios, períneo, penso operatório (no caso de cesarianas), função vesical e intestinal, membros	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de assistências no contacto pele-a-pele e promoção do aleitamento materno; - Número prestação de cuidados de enfermagem à puérpera no pós-parto imediato e no desenvolvimento de competências parentais;

		inferiores, emocional e psicológica; - Efetuar a observação e avaliação física do recém-nascido: pele, temperatura, atividade global, tônus e reflexos, choro, coto umbilical, reflexos, assim como avaliação neurológica e comportamental; - Incentivar e assistir a puérpera na amamentação; - Promoção da saúde mental no pós-parto, através de uma relação empática e de cuidado, com foco nos blues pós-parto; - Realizar ensinamentos e esclarecimento de dúvidas à puérpera / pai e família, tendo em conta as necessidades;	
<u>2.2.5 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério</u>	- Promover a saúde da mulher no processo de transição e adaptação à menopausa, assim como prestação de cuidados durante esta vivência;	- Acolhimento da mulher/família no local onde decorre o contacto; - Recolher informação, avaliação inicial e realização de exame físico, motivo da consulta, entre outros aspetos pertinentes; - Integrar a educação para a saúde, tendo em conta a promoção da saúde e a readaptação a novas alterações; - Informar e esclarecer a mulher/família sobre alterações associadas ao climatério, assim como dos recursos disponíveis; - Detecção e identificação de situações com complicações associadas a este período e intervir adequadamente ou referenciar; - Prestação de cuidados à mulher que vivencia o período do climatério. - Prestação de cuidados em situações de rastreio e diagnóstico da situação de saúde; - Assistência à mulher/homem/casais no âmbito da sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis;	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de consultas a mulheres durante o período do climatério;

<u>2.2.6 Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</u>	- Promover a saúde ginecológica da mulher;	- Acolhimento da mulher/família no local onde decorre o contacto; - Recolher informação, avaliação inicial e realização de exame físico, motivo da consulta, entre outros aspetos pertinentes - Integrar a educação para a saúde, tendo em conta a promoção da saúde e a readaptação a novas alterações; - Informar e esclarecer a mulher/família sobre alterações associadas a processos de saúde/doença ginecológica; - Detecção e identificação de situações com complicações associadas a este período e intervir adequadamente ou referenciar; - Prestação de cuidados em situações de rastreio e diagnóstico da situação de saúde; - Assistência à mulher/homem/casais no âmbito da sexualidade, de fertilidade e doenças sexualmente transmissíveis	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de assistências a mulheres nos processos de saúde/doença ginecológica;
<u>2.2.7 Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade</u>	- Promover a saúde das mulheres em idade fértil; - Intervir no grupo alvo de forma a prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva;	- Acolhimento do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) no local onde decorre o contacto; - Integrar a educação para a saúde, tendo em conta a promoção da saúde sexual e reprodutiva e intervir ou referenciar; - Informar e esclarecer a mulher/família sobre situações que alterem a morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico; - Detecção e identificação de situações com complicações associadas ao nível da saúde sexual e reprodutiva; - Aplicar e informar sobre o programa nacional de vacinação; - Participar em programas de promoção saúde, direcionados a um grupo-alvo da comunidade.	- Validação junto da enfermeira tutora; - Número de consultas a mulheres durante o período do climatério; - Número de programas direcionados a grupo-alvo na comunidade.

3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESENVOLVER SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, apresento as competências supracitadas sob a forma de uma cronograma, com o objetivo de planejar e programar em que momento do estágio será possível desenvolver os objetivos e as atividades a desenvolver planeadas anteriormente. Com a elaboração deste cronograma pretendo, que de forma clara, organizada e esquematizada se compreenda como as atividades ao longo do estágio terão impacto no desenvolvimento das competências e da minha aprendizagem, sendo possível assim o estabelecimento de prioridades e uma responsabilização pela concretização do que foi estabelecido.

CRONOGRAMA

Tabela 3 – Cronograma de atividades a desenvolver segundo as competências

Competências / Unidades de cuidados de saúde	Bloco de partos 16 semanas (09/02/2021 – 04/06/2021)	Unidades de Saúde na Comunidade 10 semanas (06/06/2021 -10/09/2021)	Unidade de Internamento de puérperas / RN 3 semanas (13/09/2021-01/10/2021)	Consultas Externas 2 semanas (04/10/2021 – 15/10/2021)	Unidade de Internamento de Grávidas 4 semanas (18/10/2021 – 12/11/2021)
<u>Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas</u>					
<u>Competência 2.2.1</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional					
<u>Competência 2.2.2</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal					
<u>Competência 2.2.3</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto					
<u>Competência 2.2.4</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal					
<u>Competência 2.2.5</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério					
<u>Competência 2.2.6</u> Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica					
<u>Competência 2.2.7</u> Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade					

Legenda: - Momentos previstos para conseguir atingir as competências descritas

CONCLUSÃO

Nesta fase inicial de ensino sobre a prática clínica, a elaboração de um projeto de estágio no âmbito da Unidade Curricular ER-ESMO, tornou-se uma mais valia, uma vez que me permitiu identificar quais as minhas necessidades relativamente à minha aprendizagem e qual o percurso que pretendo seguir, do mesmo modo como planeiar de forma estruturada o meu desenvolvimento de competências profissionais, uma vez que existe todo um processo de reflexão e de compreensão sobre as estratégias e as atividades que serão mais pertinentes e úteis de concretizar ao longo de todo o processo, para que resulte numa melhoria da qualidade das aptidões adquiridas.

Deste modo, a construção do Projeto de Estágio permitiu-me refletir de forma crítica sobre atividades e intervenções que serão essenciais e de alguma forma contribuirão para delinear o meu percurso de crescimento e desenvolvimento profissional como futura enfermeira especialista. Refletir sobre as expectativas, as necessidades de aprendizagem e possíveis dificuldades que serão sentidas, desenvolve em mim estudante, uma atenção e um pensamento crítico mais direcionado para as necessidades de aperfeiçoamento progressivo e contínuo, que irão ser sentidas ao longo do estágio, assim como na consolidação de conhecimentos científicos com a prática clínica e prestação de cuidados de enfermagem, bem como na construção de uma identidade profissional com melhor rigor e qualidade.

Desta forma, consigo concluir a pertinência e importância da elaboração de um projeto quando pretendemos criar uma mudança, uma alteração ou uma criação de algo novo, conferindo a esse resultado qualidade e especificidade no que se pretende alcançar. Neste caso, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em ESMO deve compreender um rigor e um comprometimento pela qualidade nas atividades a desenvolver, de modo a proporcionar um crescimento profissional e académico de excelência e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especialista, tendo por base a responsabilidade de aplicar um conhecimento científico atual.

Contudo, ao elaborar o projeto de estágio surgiram algumas dúvidas ao selecionar as atividades a desenvolver ao longo do estágio tendo em conta as competências do enfermeiro especialista, assim como a contextualizar as unidades de saúde que ainda não tive contacto pessoal. Estas dificuldades estão ambas relacionadas com o mesmo motivo, uma vez que se torna difícil delinear atividades em contextos desconhecidos e sem apoio de profissionais que prestem cuidados diários nas unidades de saúde.

No entanto, apresento como sugestão a continuação da realização do projeto de estágio em futuros mestrados, mas com a alteração que deve ser realizado um projeto de estágio para cada bloco de estágio para eliminar a dificuldade por mim apresentada e para que o projeto de estágio se torne um trabalho com uma melhor qualidade específica e estruturada.

Contudo, considero que este trabalho foi pertinente para a minha aprendizagem, nomeadamente no desenvolvimento de competências de reflexão, seleção de informação e apreciação crítica das atividades que serão mais pertinentes para a minha formação e ambição futura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2021). *Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Guia Orientador Componente de Estágio*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Model, D. (2010). *Projetos de Aprendizagem: Uma nova concepção do conceito de projeto*. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (s.d.). *Diário da república nº26/2019 - 2ª Série*. Lisboa, Portugal.

Regulamento nº391/2019 de 3 de maio. (s.d.). *Diário da República nº85/2019 - 2ª Série*. Lisboa, Portugal.

SNS. (2021). *Centro Hospitalar*. Obtido em 2021, de Serviço Nacional de Saúde.

SNS. (2021). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em fevereiro de 2021, de Centro Hospitalar e Universitário.

APÊNDICE 2 – Folheto métodos contraceptivos de longa duração

Métodos Contraceptivos Longa Duração

Métodos contraceptivos reversíveis, de elevada eficácia na proteção da mulher contra a gravidez por um período de tempo prolongado.

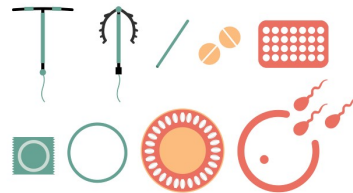
Vantagens

- Longa duração, eficazes, e seguros;
- Não interferem com o ato sexual;
- Não interferem com a amamentação;
- Podem ser usados em qualquer idade da mulher;
- Reduzem o risco de gravidez ectópica;

Desvantagens

- Não protege das ITS;
- Provocam irregularidades do ciclo menstrual, entre “spotting” a ausência de menstruação .
- Colocação requer um médico ou enfermeiro especialista em ES-MO com experiência e formação no procedimento.

*"Conhece o teu
método contraceptivo
tão bem, como te
conheces a ti mesma"*
Bayer AG (2020)



Bibliografia

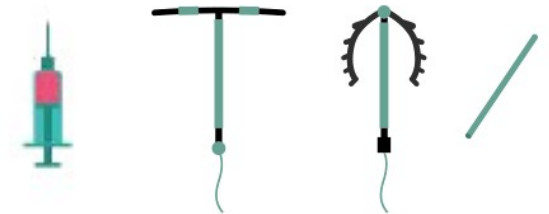
Bayer AG. (2020). *Bayer Global*. Obtido em Agosto de 2021, de #Descomplica: <https://www.descomplica.pt/metodos-contracetivos/todos-os-metodos>

Direção Geral da Saúde - Programa Nacional da Saúde Reprodutiva. (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Elaborado por Estudante de Mestrado em
Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica
Jéssica Martins
sob a tutoria da Enfermeira Especialista em
Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

UCSP ATLÂNTICA

Métodos Contraceptivos de Longa Duração



*"Conhece as
tuas
opções"*

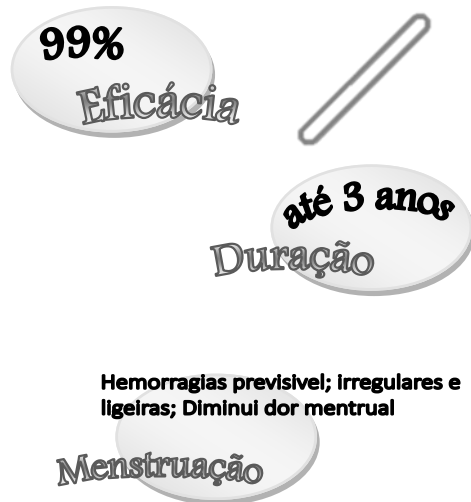
Métodos Contraceptivos LONGA DURAÇÃO

IMPLANTE SUBCUTÂNEO

- Pequeno bastonete de plástico flexível com hormona progestativa.
- Hormona liberta-se continuamente no organismo, que impede os ovários de libertarem óvulos.

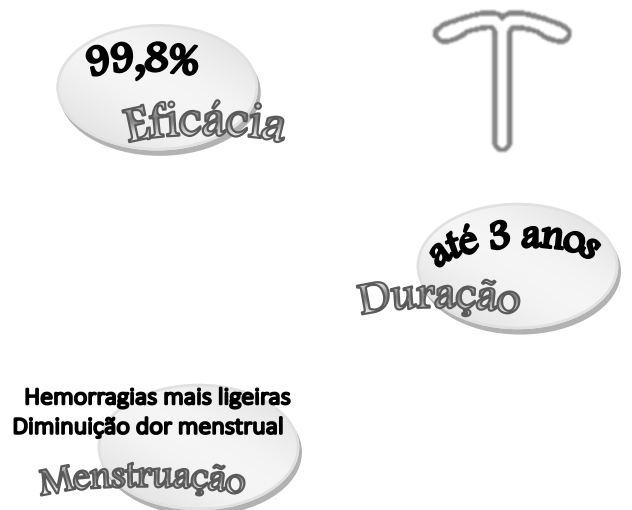
⇒ Este método é inserido sob a pele na parte interior do braço.

⇒ Para a colocação utiliza-se anestesia local para aliviar a dor associada ao procedimento.



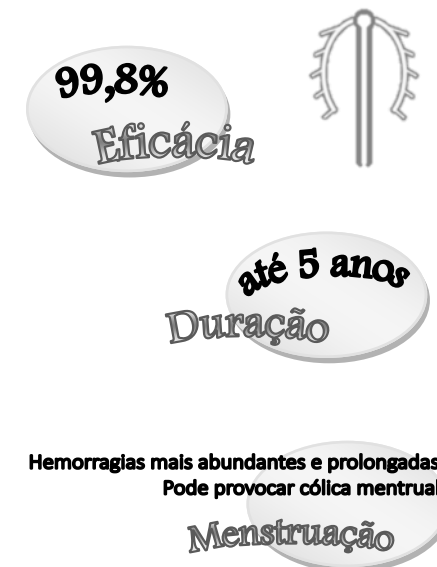
SISTEMA INTRAUTERINO HORMONAL (SIU)

- Pequeno dispositivo flexível em forma de T, com hormona progestativa.
- Provoca uma redução na espessura do revestimento do útero e o espessamento do muco cervical, o que dificulta a passagem dos espermatozoides.



DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

- Dispositivo em forma de T com fio de cobre.
- Liberta iões de cobre (sem hormonas) que mobilizam os espermatozoides. Impede assim, a fertilização do óvulo., assim como impede que o óvulo fertilizado se implante no interior do útero.



- Contra-indicado para mulheres sem filhos.

⇒ DIU e SIU são implantados no interior do útero.

APÊNDICE 3 – Técnicas de alívio de dor não farmacológicas no trabalho de parto

Técnicas de alívio de dor não Farmacológica

“A dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com ambos os componentes sensorial e emocional” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 356). Sendo uma preocupação das grávidas durante o trabalho de parto a dor que irão sentir e o modo como irão reagir e lidar com a mesma, apresento intervenções que foram selecionadas consoante as necessidades específicas e preferências da mulher e do acompanhante significativo e do profissional de saúde. Estas intervenções poderão ser utilizadas ao longo dos vários estádios do trabalho de parto e estão indicadas para mulheres que pretendem lidar com a dor do nascimento usando métodos não farmacológicos, ou uma combinação de métodos não-farmacológicos com farmacológicos, necessitando de cuidados e de apoio do enfermeiro e de outros profissionais de saúde experientes no controlo da dor.

ESTRATÉGIAS PARA INCENTIVAR O RELAXAMENTO E ALIVIAR A DOR

RELAXAMENTO – Permite à grávida repousar e conservar energia para o nascimento.

- Técnica da visualização e distrações;
- Posições de relaxamento:

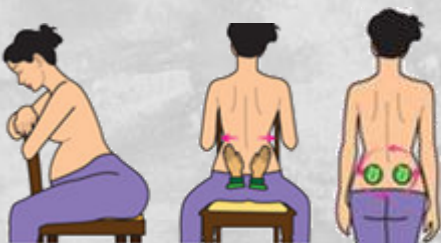


MOVIMENTO – apoiar o corpo e realizar movimentos com o mesmo.



MASSAGEM

- Massagem suave no abdômen, sincronizada com o ritmo da respiração durante as contrações numa fase inicial do trabalho de parto;
- A contrapressão na região sagrada, anca ou joelhos, pode auxiliar no alívio da dor lombar.



- Colocar as mãos com pressão, na parte inferior da região lombar.

- Realizar movimentos circulares com pressão, na região lombar.

- Colocar as mãos com pressão e movimentos vibratórios na região do osso sagrado e cóccix.



ALONGAR

- Posições de agachamento na vertical ou na horizontal ou suspensão



TÉCNICAS DE MASSAGEM COM REBOZO – Peça de vestuário que aconchega o corpo da mulher, pois abraça, conforta, envolve e alivia. Pode ser utilizado durante o trabalho de parto para lidar com as contrações e auxiliar a grávida a mudar de posição.



AROMATERAPIA

Utilização de óleos essenciais destilados de plantas para aromatizar ambiente ou para realização de massagem na lombar, pulsos ou tornozelos, ou colocar gotas em:

- Banho quente
- Água aquecida para compressas para colocar no corpo
- Lâmpada de aromaterapia
- Vaporizar a sala

MUSICOTERAPIA

A música aumenta o relaxamento durante o trabalho de parto e reduz o stresse, a ansiedade e a percepção de dor, assim como estimula a mobilização da grávida.

HIDROTERAPIA

Relaxamento e aumento do conforto durante o trabalho de parto com banhos de banheira, chuveiro ou jacto de água, com água quente.



VOCALIZAÇÃO

Libertação da dor através da vocalização e da vibração provocada pela voz ao gritar, consoante a própria necessidade da grávida.

RESPIRAÇÃO – auxilia na distração e por conseguinte, reduz a percepção da dor e ajuda a mulher a manter o controlo durante a contração. A grávida deve apresentar uma respiração ritmada, consoante a necessidade do próprio corpo.



Bibliografia

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Vinaver, N., Keijzer, M., & Tuyl, T. v. (2015). *A técnica do rebozo revelada - Guia de massagem para gravidez e parto*. São Paulo: Ema Livros.

Elaborado por Enf^a estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Jéssica Martins

Sob a tutoria de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

APÊNDICE 4 – Guião da entrevista semiestruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação

PARTICIPANTES: Mulheres no período após o nascimento dos filhos

- Apresentação.
- Entregar e dar a ler a carta informativa.
Entregar o consentimento o termo de consentimento informado e solicitar a sua leitura e assinatura, após o esclarecimento de dúvidas.
Pedir autorização para gravação de áudio.
- Solicitar a colaboração na resposta às questões.

OBJETIVOS

- identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o período após o nascimento dos filhos;
- conhecer os fatores que influenciam o processo de autodeterminação das mulheres sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

TEMA 1: Conhecimentos sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos

Questões abertas:

- 1 – O que é para si a sexualidade? E a saúde sexual? E a saúde reprodutiva?
- 2 – Quais as alterações que o nascimento dos filhos tem na sexualidade das mulheres?

Questões de aprofundamento:

- Que implicações / mudanças tem no bem-estar sexual?
 - Desejo sexual / Início atividade sexual / Prazer...
 - Comunicação com o marido / companheiro...
- 3 – Como se pode controlar uma gravidez após o nascimento dos filhos?
 - Quando iniciar a contraceção?
 - Que métodos contraceptivos podem ser usados?
 - Durante a amamentação
 - Após a amamentação
 - 4 – O que contribui para que as mulheres se sintam bem sexualmente após o nascimento dos filhos?
 - 5 – Como / Onde obteve conhecimento sobre sexualidade após o nascimento dos filhos?

Questões de aprofundamento:

- Família ... amigas ... marido/comoanheiro ... internet ... redes sociais...
- Que contributos dos serviços / profissionais de saúde?
 - Consultas ... programas / cursos preparação para o parto

- Que profissionais de saúde?

TEMA 2: Fatores que influenciam o processo de autodeterminação das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos

Questões abertas:

1 – Quais os factores que influenciaram / influenciam as suas decisões e comportamentos no âmbito da sua sexualidade após o nascimento dos filhos?

Questões de aprofundamento:

- No seu comportamento sexual:
 - Pessoais – cansaço / vulnerabilidades / interesse próprio / querer responder a vontade de companheiro...
 - Marido / Companheiro – vontade / pressão companheiro...
 - Sociais – opinião das amigas / informação internet – redes sociais...
 - Profissionais de saúde – serviços saúde / sites oficiais / (quais os profissionais?)
- Na escolha de métodos contraceptivos:
 - Pessoais – conhecimento / valores...
 - Marido / companheiro – partilha de decisão / determinação...
 - Sociais – família / amigas / informação internet – redes sociais;
 - Profissionais de saúde – serviços saúde / sites oficiais / (quais os profissionais?).

2 – O que mais facilitou ou dificultou as suas decisões e os seus comportamentos?

3 – Como se sentiu para tomar as decisões sobre a sua sexualidade e a contraceção neste período de vida?

- Suficiente informada?
- Com (toda) a liberdade para escolher;
- Condicionada? Por quem?

4 – O que gostaria que tivesse acontecido para facilitar / promover o seu máximo bem-estar no domínio da sexualidade após o nascimento dos seus filhos?

- O que facilitou ou dificultou a sua autodeterminação em relação a questões de saúde sexual e saúde reprodutiva?

QUESTÃO FINAL

Para além do que falamos, o que gostaria de acrescentar sobre estes assuntos?

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

- Dados sociodemográficos
 - Idade;
 - Nacionalidade;
 - Local de residência;
 - Estado civil;
 - Habilitações académicas;

- Profissão.
- Assistência de saúde pré-natal, parto e pós-natal
 - Número de partos / filhos vivos;
 - Data do(s) parto(s).
 - Local(ais) de vigilância da(s) gravidez(es);
 - Número de consultas de vigilância da(s) gravidez(es);
 - Frequência de programas / cursos de preparação para o parto? Onde? Quem o realizou? Em que consistiu?
 - Onde decorreu o parto? Tipo de parto? Com episiotomia?
 - Que profissionais de participaram na assistência) Enfermeiros? Enfermeiros especialistas? Médicos? Médicos especialistas? Outros?
 - Vigilância pós-parto? Locais? Que profissionais participaram?

FINALIZAÇÃO

Agradecer (MUITO) a participação;

Saber a disponibilidade e interesse para validar a transcrição e combinar forma de o fazer.

REGISTO DA ENTREVISTA

Código:_____

Local:		
Data:	Início:	Fim:

APÊNDICE 5 – Carta informativa – Consentimento informado

CARTA INFORMATIVA - PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS: DO CONHECIMENTO À AUTODETERMINAÇÃO

Jéssica Maria da Conceição Martins, enfermeira a frequentar o IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, com o tema “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação”. Este estudo está integrado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e tem como orientadora a Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e co-orientadora a Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos.

Com a realização deste estudo pretende-se identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o período após o nascimento dos filhos e conhecer os fatores que influenciam o processo de autodeterminação das mulheres neste mesmo período de tempo. Com os resultados do estudo pretende-se fortalecer o conhecimento que sustente intervenções em saúde promotoras da saúde sexual e da saúde reprodutiva das mulheres / casais, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Deste modo, solicita-se a sua participação numa entrevista, com a duração aproximada de 1 hora, em data e local a combinar, de acordo com as suas preferências.

Assumimos manter o anonimato e toda a informação obtida na entrevista é confidencial e será apenas utilizada em contexto de investigação para os fins atrás referidos. Tem a possibilidade de desistir em qualquer momento do estudo.

Caso esteja disponível para colaborar no estudo solicitamos que assine o documento de consentimento informado.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida e/ou alguma explicação sobre o estudo. Para isso pode contactar-nos por email e/ou telefone.

Agradecemos toda a sua colaboração e disponibilidade,

A Investigadora

Jéssica Maria da Conceição Martins

Contacto da investigadora:

Jess.mcmartins@gmail.com | tlm:916554090

Contactos das professoras orientadoras:

mneto@esenfc.pt; anapoco@esenfc.pt | telef. 239802850

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Participação no Estudo

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES APÓS O NASCIMENTO DOS FILHOS: DO CONHECIMENTO À AUTODETERMINAÇÃO

Eu, abaixo assinada, declaro ter compreendido a informação e a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, para o qual é solicitada a minha colaboração numa entrevista de carácter individual.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e da finalidade do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação disponibilizada, assim como aceitei que a entrevista realizada fosse gravada em áudio, sendo assumido pela investigadora que a gravação será destruída depois de transcrita. Caso assim o entenda, é-me reservado, o direito de ler a transcrição da entrevista e poder realizar correções.

Foi-me garantido que posso desistir de participar no estudo em qualquer momento, sem qualquer tipo de dano por este facto. Caso necessite de alguma informação adicional ou esclarecimento de dúvidas, tenho a possibilidade de contactar a investigadora e suas orientadoras, utilizando os contactos que me são fornecidos.

Declaro que compreendi a informação que me foi transmitida e aceito participar voluntariamente no estudo acima mencionado.

Autorizo a divulgação dos resultados que foram obtidos no meio científico.

Data: ____/____/____

Assinatura da participante_____

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer nº848/02-2022 da UICISA: E da ESEnfC

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº P848/ 02-2022

Título do Projecto: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das mulheres após o nascimento dos filhos: do conhecimento à autodeterminação.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Jéssica Maria da Conceição Martins

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Maria Neto da Cruz Leitão

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

Segundo a OMS considera a saúde sexual, "o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade" (OMS, 2018, p. 3), não estando apenas relacionada com a ausência de disfunções, efemeridades ou doenças. De acordo com os autores abordar a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos é um tema ainda envolvido por diversos tabus que podem estar associados a falta de conhecimento e a existência de preconceitos sociais, culturais, pessoais e religiosos, que por esses motivos as mulheres não procuram ajuda e os profissionais de saúde não desenvolvem intervenções neste âmbito. Assim, os objetivos propostos pelos autores, para este projeto são: identificar os conhecimentos das mulheres sobre saúde sexual e saúde reprodutiva relacionados com o período após o nascimento dos filhos; e conhecer os fatores que influenciam o processo de autodeterminação das mulheres sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva após o nascimento dos filhos.

O estudo é definido como um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório descritivo. A amostra será constituída por mulheres no período após o nascimento dos filhos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos pelos autores. A amostra é considerada pelos autores como do tipo de "bola de neve", amostra por conveniência, já que é obtida por indicação de pessoas conhecidas da mesma.

A recolha de dados será obtida através de uma entrevista com gravação. O estudo decorrerá entre março e maio de 2022. A confidencialidade, voluntariedade, autonomia dos participantes está garantida pelos autores, ressaltando que será atribuído um código a cada entrevista, não sendo assim revelada a identificação ao longo de todo o estudo. A utilização dos dados será unicamente para a realização do estudo e divulgação científica. Todas as entrevistas serão gravadas em formato de áudio, e após a sua transcrição, a gravação será destruída.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

Assinado por: Ana Margarida Coelho Abrantes

Num. de Identificação: BI12389057

Data: 2022.03.21 18:27:05+00'00'

O relator:

Data: 16/03/2022 O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Flomena Botelho*