



Escola Superior de Saúde de Santarém

**O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica para uma Vivência Plena da
Sexualidade do Casal na Gravidez**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Beatriz Neves de Matos

Orientação:

Maria da Conceição Fernandes Santiago

outubro, 2025

“A maior recompensa pela coragem não é que não sintas medo, mas que, ao superares o teu medo, descubras que és mais forte do que pensavas”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

À senhora Professora Maria Conceição Santiago pela sua prestação enquanto orientadora de todo o meu percurso académico.

Aos meus pais pelo apoio prestado em todos níveis. Estou imensamente grata pois sem eles nada disto seria possível.

Ao meu futuro marido, que nesta jornada, no meio do caos, me presenteou com o início do nosso noivado. Obrigada por todo o apoio que me foi sendo dado, tendo sido o meu maior pilar.

À minha família por toda as palavras motivadoras de apoio que me disponibilizaram.

Aos meus amigos, por todos os momentos em que não me foi possível estar presente, e por serem um porto de abrigo ao meu cansaço, angústias e inseguranças.

Às minhas amigas da licenciatura, Cristiana e Magda, por termos ingressado juntas nesta aventura, e serem um porto de abrigo e de partilha de frustrações.

A todos os profissionais com quem me fui cruzando, e, em especial, a todas as mulheres, a quem dei um pouco de mim, que permitiram que evoluísse a nível pessoal e profissional.

Acrónimos/Siglas

APA - *American Psychological Association*

APGAR - Índice de Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

DGS – Direção Geral da Saúde

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IO – Índice Obstétrico

MeSh – *Medical Subject Headings*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PF – Planeamento Familiar

PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-Nascido

ScR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

Resumo

O presente relatório de estágio descreve e reflete criticamente o processo de aprendizagem em contexto de ensino clínico, expondo o desenvolvimento pessoal e especializado na vertente profissional da área da saúde materna e obstétrica para a obtenção do grau de Mestre. Tendo em vista a prática baseada na evidência, realizou-se uma Scoping Review, segundo a metodologia do Instituto Joanna Briggs, com a questão de revisão “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?”, onde foram analisados 11 artigos, e um estudo qualitativo com entrevistas a 5 participantes, para identificar a conduta dos enfermeiros especialistas a respeito da sexualidade durante a gravidez, com recurso à análise de conteúdo de Bardin. Como resultados, obteve-se a criação de programas educativos que abordem habilidades e conteúdos informativos sobre a sexualidade, medos e inseguranças desmistificando determinadas crenças do casal, mecanismos de redução dos desconfortos sentidos na gravidez, as alterações corporais e o respetivo impacto na autoimagem e autoestima da grávida, a promoção dos laços afetivos e do diálogo aberto em casal, realçando o amor, a paixão e o compromisso. Constata-se que, os assuntos relacionados com a sexualidade ao longo da gravidez permanecem omissos, reforçando a necessidade de existir uma conduta dirigida, por parte dos Enfermeiros Especialistas, promotora de ganhos para o casal e vivências plenas da sexualidade.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Casal; Gravidez; Sexualidade.

Abstract

This internship report describes and critically reflects on the learning process in a clinical teaching context, exposing personal and specialised development in the professional field of maternal and obstetric health in order to obtain a Master's degree. With a view to evidence-based practice, a Scoping Review was conducted, according to the Joanna Briggs Institute methodology, with the review question 'What interventions do specialist nurses in maternal and obstetric health nursing perform in the area of sexuality during pregnancy?', where 11 articles were analysed, and a qualitative study with interviews with 5 participants was conducted to identify the conduct of specialist nurses regarding sexuality during pregnancy, using Bardin's content analysis. As a result, educational programmes were created that address skills and informative content on sexuality, fears and insecurities, demystifying certain beliefs held by the couple, mechanisms for reducing discomfort experienced during pregnancy, bodily changes and their impact on the pregnant woman's self-image and self-esteem, the promotion of emotional bonds and open dialogue between the couple, emphasising love, passion and commitment. It is clear that issues related to sexuality during pregnancy remain overlooked, reinforcing the need for specialist nurses to take a targeted approach that promotes benefits for the couple and a fulfilling sex life.

Key-words: Midwifery; Couple; Pregnancy; Sexuality.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1. SEXUALIDADE DO CASAL NA GRAVIDEZ.....	13
1.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEÓRICA AFAF MELEIS.....	15
1.3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DA VIVÊNCIA PLENA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ	18
2. METODOLOGIA.....	21
2.1. SCOPING REVIEW	21
2.1.1. Apresentação dos Resultados	24
2.1.2. Discussão dos Resultados.....	30
2.2. TRABALHO DE CAMPO: ESTUDO QUALITATIVO	33
2.2.1. Metodologia	33
2.2.2. Análise e Discussão dos Resultados.....	35
3. PERCURSO CLÍNICO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	40
3.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR, PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL E PERÍODO PRÉ-NATAL	41
3.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO	47
3.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL.....	56
3.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E CLIMATÉRIO	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE I: PROJETO DE ESTÁGIO	73
APÊNDICE II: SCOPING REVIEW.....	78
APÊNDICE III: MAPA CONCEPTUAL	96
APÊNDICE IV: ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	98
APÊNDICE V: INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS.....	100
APÊNDICE VI: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	152

APÊNDICE VII: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	157
APÊNDICE VIII: MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	159
APÊNDICE IX: FOLHETOS DESENVOLVIDOS NA COMUNIDADE.....	165
APÊNDICE X: APRESENTAÇÃO “GESTÃO DA DOR NO TP”	168
APÊNDICE XI: MARCADOR DE LIVRO DAS GLICEMIAS CAPILARES.....	174
APÊNDICE XII: GUIA ORIENTADOR SESSÃO INDIVIDUAL SEXUALIDADE	176
APÊNDICE XIII: POSTER SALA DE ESPERA DO SUOG.....	179
ANEXOS	181
ANEXO I: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	182
ANEXO II: REGISTO SUMÁRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	184

Índice de Figuras

Figura 1 - PRISMA Flow Diagram	23
---	-----------

Índice de Quadros

Quadro 1 – Instrumento de extração de dados.....	24
Quadro 2 – Quadro matriz da análise.....	37

INTRODUÇÃO

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, inserida na Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é proposto a realização do presente relatório que culmina na oficialização do percurso de aprendizagem, onde se encontra refletido os objetivos e as competências adquiridas, expondo os resultados obtidos. Os objetivos preconizados da Unidade Curricular são: desenvolver capacidades de compreensão, conceção e de reflexão crítica face à prática clínica especializada, tendo por base valores éticos e profissionais; prestar cuidados de enfermagem especializados na área de saúde materna e obstétrica à mulher, no ciclo reprodutivo e sexual, em situação de saúde-doença, inserida na família, grupo e comunidade; colocar em prática a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas tendo em conta os padrões de qualidade, as competências de especialização e a prática baseada na evidência; gerir os cuidados e os recursos, perspetivando a qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica; e, por último, elaborar o relatório de estágio, onde é realizada a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem com aquisição e desenvolvimento de competências.

Quanto à estrutura do relatório, no primeiro capítulo encontra-se exposto o enquadramento teórico-concetual da temática, onde se abordam conceitos relacionados com a esfera da sexualidade na gravidez. Esta temática surge como foco de estudo principal dado o interesse pessoal em explorar e melhorar a atuação do enfermeiro especialista nesta área durante a gravidez pelo seu impacto na dinâmica íntima do casal.

A sexualidade, um conceito que remota a 1830, é, ainda, uma temática de difícil e reduzida abordagem em saúde (Sim-Sim & Dias, 2024). Dado ser um conceito subjetivo, pelo seu cariz emocional e psicológico, apresenta um valor predominantemente pessoal e íntimo. A sexualidade envolve pensamentos, expressões comportamentais, fantasias, orientações, atrações, interações interpessoais, destaca-se assim pelo seu significado abrangente, dinâmico e modificável (Sim-Sim & Dias, 2024). Neste ponto inclui-se a Teórica de Enfermagem elegida, de forma a fundamentar e orientar a conduta ao longo do percurso formativo, sendo ela Afaf Meleis com a Teoria das Transições. Esta teoria foca-se, essencialmente, nas intervenções que podem facilitar os processos de transição que ocorrem na vida, na saúde, nos relacionamentos e nos ambientes, a fim de promover transições saudáveis (Guimarães & Silva, 2016). A escolha desta prendeu-se pelo facto do EEESMO ser um profissional especializado que, através dos seus conhecimentos, intervém de forma terapêutica e qualificada, a fim de auxiliar e obter padrões de resposta positivos do casal face à transição para a parentalidade, nomeadamente no que remete às vivências da sexualidade durante a gravidez.

No segundo capítulo, encontra-se exposta a componente de investigação onde foram mobilizadas duas estratégias metodológicas distintas. Uma delas remete para a realização de uma *Scoping Review* (ScR) intitulada de “Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica”, tendo como referencial a metodologia *Joanna Briggs Institute*® (2020), recorrendo às bases de dados PubMed, MEDLINE e Medilatina onde se obteve onze artigos alvos de análise na íntegra de forma a dar resposta à questão de revisão “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?”.

Face à outra estratégia metodológica, foram elaboradas, realizadas e analisadas, de forma qualitativa, tendo como base a análise de conteúdo de *Bardin*, cinco entrevistas semiestruturadas, aprovadas pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da Instituição selecionada. Tais tiveram como objetivo explorar a conduta do EEESMO face às vivências da sexualidade do casal durante a gravidez.

No terceiro capítulo, serão abordadas de forma reflexiva as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas nos vários contextos clínicos que decorreram desde o dia 18 de setembro de 2023 a 4 de julho de 2024. Como sustento dos objetivos e aquisição de competências foi elaborado, previamente, um projeto individual de estágio onde se encontram expostas as atividades, tal documento é possível consultar no Apêndice I. O capítulo encontra-se organizado segundo as competências específicas do EEESMO, tendo por base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEESMO) (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). De referir que, para cada subcapítulo, é possível verificar a aquisição de competências em contextos clínicos distintos.

No total, os contextos clínicos foram cinco e englobaram as seguintes áreas de atuação: a mulher inserida na família/comunidade no âmbito do planeamento familiar (PF) e período pré-concepcional; a mulher inserida na família/comunidade no período pré-natal; a mulher em trabalho de parto (TP) em situação de saúde-doença; a mulher no período pós-natal em situação de saúde-doença; a mulher inserida na família/comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde-doença ginecológica. Os cinco contextos organizaram-se segundo a ordem cronológica: EEESMO em ginecologia decorrido desde o dia 18 de setembro a 1 de outubro de 2023 totalizando 50 horas; EEESMO na gravidez patológica que decorreu desde o dia 2 de outubro a 12 de novembro de 2023 com o total de 150 horas; EEESMO na comunidade decorrido desde o dia 13 de novembro a 7 de janeiro de 2024 perfazendo 150 horas; EEESMO no puerpério com início no dia 8 de janeiro e término a 18 de fevereiro de 2024 totalizando 150 horas; e por último, e mais desafiante EEESMO na sala de partos iniciado a 19 de fevereiro e terminado a 4 de julho de 2024.

Posto isto, este relatório tem como objetivo geral refletir criticamente sobre as atividades realizadas ao longo dos vários contextos clínicos, expondo o desenvolvimento pessoal e especializado na vertente profissional da área da saúde materna e obstétrica para a obtenção do Grau de Mestre, destacando o papel do EEESMO na promoção de vivências plenas da sexualidade do casal durante a gravidez. Como objetivos específicos tem-se: demonstrar o processo da ScR elaborado; analisar o estudo qualitativo realizado; descrever de modo crítico as atividades atingidas para aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO; e sensibilizar os EEESMO para a importância que as intervenções especializadas, no âmbito da sexualidade, detêm na vida do casal durante a gravidez.

Na base da aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentam-se os Descritores de Dublin, remetendo para o 2º ciclo de estudos onde se encontra definido a apresentação e discussão pública do presente relatório de estágio exposto no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. De mencionar que, o desenvolvimento das competências desenvolvidas e preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, se baseia no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019) e o RCEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019).

Por último, este relatório está redigido segundo as diretrizes do novo acordo ortográfico português e de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo serão introduzidos os conceitos centrais da temática em estudo tendo por base a literatura disponível. Sendo a sexualidade do casal na gravidez uma temática com foco numa problemática centrada na mulher/casal durante uma fase do percurso de vida, evidencia-se a importância da enfermagem na facilitação dos processos de transição com o fim de alcançar a saúde e bem-estar. Assim, optou-se pela Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) para sustentar, fundamentar e orientar a conduta ao longo do percurso formativo.

1.1. SEXUALIDADE DO CASAL NA GRAVIDEZ

A sexualidade apresenta um grande poder expressivo na sociedade, por um lado, no que concerne à necessidade da sua promoção e proteção, e por outro, pela exposição dos seus prolemas. Atualmente, com as várias orientações sexuais e géneros, torna-se um desafio para as classes profissionais de saúde corresponder às necessidades pessoais de cada pessoa (Carteiro & Néné, 2024). Ainda que, não exista esta associação e consciência, a sexualidade pode traduzir-se em problemas de saúde, daí a importância da sua abordagem ser incluída nos processos de prestação de cuidados de saúde, tais como no acesso à informação e à educação para a saúde. Assim, a sexualidade constitui-se num foco essencial na saúde e bem-estar das pessoas, exigindo uma dedicação por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente no que toca à comunicação destes (Organização Mundial da Saúde, 2020).

A OMS (2020), contextualiza a sexualidade no sexo, no erotismo, na orientação sexual, no prazer, na intimidade e reprodução, todos eles inseridos num sistema que é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais, históricos, jurídicos, económicos, políticos, religiosos e espirituais. Desta forma, estes fatores interferem no modo como a sexualidade é expressa e vivida, através dos pensamentos, valores, crenças, atitudes e práticas. A sua forma de manifesto, denominada de comportamento sexual, engloba a comunicação, a expressão de afetos, o prazer e a reprodução. Ainda neste seguimento, o ato sexual não se constitui por si só na penetração, envolve carinho, abraços, beijos e sinais de afeto, havendo a necessidade de explorar estes últimos durante a gravidez a fim de contribuir para a união e intimidade do casal (Carteiro & Néné, 2024).

Sendo a gravidez uma ocasião de transição na vida do casal, esta pode impactar a forma como é experienciada, podendo-se verificar alterações a nível da relação e dinâmica conjugal. A transição para a parentalidade implica mudanças a nível individual, familiar e relacional, pois presenciam-se várias adaptações, alterações e reestruturações relativamente ao que o casal estava habituado (Ferreira, 2021). Estas mudanças apresentam aspetos positivos e negativos,

como pontos positivos tem-se a evolução na relação do casal, o desejo de constituir família, a alegria e a felicidade. Como pontos negativos, destaca-se a diminuição de tempo para o casal, alteração de rotinas, aspetos relativos à gestão financeira e diminuição de atividades de lazer (Ferreira, 2021). Tais mudanças na vida do casal podem diminuir a satisfação face à relação, podendo ser posto em causa o compromisso com a mesma no que toca à sua estabilidade ou continuidade. A satisfação conjugal é uma componente emocional que se reflete na qualidade, felicidade e bem-estar na relação. Ao passo que, o compromisso direciona-se para uma componente cognitiva caracterizada pela ligação psicológica, investimento e dedicação das pessoas em manter o relacionamento (Ferreira, 2021). Portanto, as alterações decorrentes da gravidez não são exclusivamente biológicas, pois existem adaptações de âmbito familiar, pessoal e social, acarretando mudanças de papéis, quer por parte da mulher, quer por parte do homem. Torna-se, portanto, crucial a abrangência de cuidados direcionados ao casal de forma a promover o seu bem-estar durante a gravidez, auxiliando na gestão de expectativas e de fatores de stress que podem comprometer o alcance pleno desta transição do ciclo da vida (Carteiro & Néné, 2024).

Os desconfortos característicos de cada trimestre da gravidez interferem no modo como a sexualidade vai sendo vivenciada. No 1º trimestre, estão presentes as náuseas, os vômitos, o cansaço e a sonolência derivados das alterações hormonais, causadores de desconforto e desmotivação da mulher grávida face à procura de momentos íntimos. Todavia poderá existir uma aproximação do casal pela novidade de estar a gerar uma nova vida em comum (Maceiras & Ribeiro, 2016), existindo sentimentos de alegria e receios pela descoberta e aceitação da gravidez (Carteiro & Néné, 2024). O aumento do volume e da sensibilidade mamária, derivados da ação vascular e hormonal, induz sensibilidade o que pode ser percecionada como dor (Maceiras & Ribeiro, 2016).

No 2º trimestre, a nível hemodinâmico surgem situações de lipotimia, taquipneia, taquicardia e a ocorrência de extrassístoles são frequentes. A nível psicológico, existe maior estabilidade com o aumento da autoconfiança, porém a perceção do casal face aos movimentos fetais interfere no modo como o relacionamento sexual se desencadeia (Maceiras & Ribeiro, 2016).

No último trimestre, marcado pelo aproximar do momento do parto, a ansiedade, o medo e a apreensão destacam-se. Além disso, é comum a presença de lombalgias, pirose e azia, dispneia, varizes e obstipação. Nesta fase, as alterações anatómicas marcadas pelo aumento do volume corporal, apresentam repercussões na autoimagem, e conseqüentemente na autoestima, a mulher tanto se pode sentir mais sensual, com o aumento do desejo sexual, como sentir-se feia e com vergonha de si. A autoimagem negativa pode levar à diminuição do desejo e procura sexual, podendo ser gerador de desconfiança e rejeição desenvolvendo um conflito entre o casal (Maceiras & Ribeiro, 2016).

Outro aspeto importante de abordar é a disfunção sexual na gravidez, pelo facto que poder estar presente, sendo evidenciada pela alteração do desejo sexual, da satisfação sexual, do orgasmo, da dispareunia, da frequência e excitação (Costa, 2020). Esta emerge com origem, essencialmente, nas mudanças físicas, psicológicas e relacionais derivadas da gravidez, associando-se a tabus, medos, preconceitos e inseguranças. Paralelamente, a predominância da falta de conhecimento dos casais sobre a temática da sexualidade na gravidez contribui para esta problemática (Carteiro & Néné, 2024).

Debruçando sobre a evidência existente sobre o papel do homem, este possui também a sua própria perspetiva, e muitas vezes encontra-se oculta, isto é, sem margem para discussão. Este apresenta também uma resposta emocional ao fenómeno da gravidez, para além de apoiar e equilibrar o estado de espírito da mulher tendo em vista o seu bem-estar. Ao longo da gravidez, o homem vai percecionando preocupações e necessidades que se envolvem com a consciencialização da sua transição de papel para pai (Martins, 2018). Para muitos, a sexualidade resume-se ao ato da penetração. Destaca-se assim, a necessidade de providenciar educação ao homem sobre a sexualidade durante a gravidez. Apreende-se, portanto, que deve existir o envolvimento do homem no acompanhamento da gravidez tendo em vista a adoção de estratégias promotoras do seu bem-estar, havendo margem para a expressão dos seus medos, ansiedades e necessidades ao longo da gravidez (Carteiro & Néné, 2024).

Associado a esta temática, importa abordar os mitos e as crenças que interferem no modo como o casal experiencia a sexualidade durante a gravidez. Tais mitos, crenças e medos relacionam-se com a cultura onde se está inserido ou até mesmo com o tipo de religião que se pratica. Uma das situações mais evidente que interfere na redução da prática da relação sexual é a preocupação de magoar o feto, ao passo que, certos sistemas de costumes e valores promovem as relações sexuais durante a gravidez, a maioria inibem os casais de manter as suas relações sexuais (Martins, 2018).

Ainda relacionado com a prática sexual durante a gravidez, associam-se preocupações tais como, hemorragia, aborto, indução do TP, malformações fetais, presença de infeções, a rutura prematura de membranas e dispareunia (Tereso, 2013). Tais preocupações são partilhadas entre os membros do casal e condicionam a experiência sexual do casal sendo necessário desconstruir tais mitos e crenças a fim de explicar os factos reais.

1.2.OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA TEÓRICA AFAF MELEIS

As Teorias de Enfermagem suportam os cuidados de enfermagem, servindo de orientação para a prática de cuidados que exigem a compreensão das necessidades humanas e da individualidade de cada ser inserido num determinado contexto. Estas possuem a essência

do conhecimento científico, constituindo-se num suporte estruturado, crítico e reflexivo, valorizando a profissão de enfermagem e contribuindo para a melhoria da prática clínica (Souza *et al*, 2021).

Como sustento da temática em estudo, surgiu a Teoria das Transições (Meleis, 2010) com origem na Teórica Afaf Meleis. Dado existir uma mudança, isto é, um processo de adaptação por parte do casal de forma a manter a sua saúde e bem-estar ao longo da gravidez, sendo o enfermeiro o elo essencial para auxiliar nesta transição da fase de vida.

O conceito central da Teoria rege-se pela “transição” caracterizada por um processo de mudança significativa no ciclo de vida da pessoa (Meleis, 2010). Aliado às experiências humanas de transição ao longo do ciclo da vida, surge a intervenção de enfermagem com o fim de obter resultados como a saúde e o alcance do bem-estar (Ribeiro *et al*, 2018). Segundo os mesmos autores, a aplicabilidade desta Teoria é caracterizada pela compreensão dos processos de transição e desenvolvimento de intervenções terapêuticas que auxiliem a recuperar a estabilidade e o bem-estar. O processo de transição requer o uso de estratégias, aquisição de novas competências, funções e relações, sendo o enfermeiro responsável por planear cuidados que promovam resultados positivos para a saúde (Oliveira *et al*, 2021).

Face ao conceito de transição, este pressupõe a individualidade de cada ser e o seu ambiente, ambos facilitam ou dificultam o processo de uma transição saudável. No que toca ao íntimo de cada um, são abrangidos a compreensão de significados, atitudes, crenças, o poder socioeconómico, o conhecimento e os recursos comunitários. Todos eles associados resultam em estados de transição que podem ser positivos ou negativos com impacto ao nível do autoconceito (Costa, 2016). A consciência deste processo de transição induz na pessoa a procura de informação e de apoio de modo a adquirir conhecimentos, desenvolver competências e modificar comportamentos. Tal nível de consciência influencia o estado de compromisso e o sucesso da transição (Silva, 2019).

Meleis (2010), identifica quatro tipos de transições, face à sua natureza, para a prática de enfermagem perante cada pessoa e/ou respetiva família: *desenvolvimental*, *situacional*, *saúde-doença* e *organizacional*. A primeira, de âmbito mais pessoal, foca-se na vivência de eventos que resultam no processo de transição, como é o caso da parentalidade, o nascimento de um filho e a menopausa, a título de exemplo. No que toca à situacional, estas envolvem a definição ou redefinição de papéis de cada pessoa. Face às transições de saúde-doença, estas estão sob influência do ambiente cultural e de doenças epidemiológicas, implicando a passagem por ambientes hospitalares. Relativamente à organizacional, estas caracterizam-se por mudanças de ambientes institucionais sob influência de fatores sociais, políticos e económicos, implicando a adoção de novas políticas, reestruturação das dinâmicas de liderança e a introdução de novos programas e tecnologias, por exemplo (Meleis, 2010; Costa, 2016).

As transições são complexas e multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais tais como: a consciencialização, o empenho, a mudança e o espaço temporal. A consciencialização relaciona-se com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, a ausência desta consciencialização significa que a pessoa pode não estar preparada para a transição. Esta consciencialização direciona-se às mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, determinando o envolvimento com o processo de transição. É aqui que surge o empenho caracterizado pela procura de informação e pela proatividade (Guimarães & Silva, 2016). As mudanças resultantes das transições necessitam de compreensão e, para tal, é fulcral identificar os efeitos e os seus significados. Neste ponto, é importante incluir as expectativas pessoais, familiares e sociais, a fim de identificar desequilíbrios ou eventos críticos que induzem alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas (Guimarães & Silva, 2016).

Um ponto chave da aplicabilidade desta Teoria é o conhecimento sobre as condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade. Tais condicionantes interferem, no sentido de facilitar ou dificultar, o alcance de uma transição saudável, envolvendo a reformulação de identidade, a aquisição de novas habilidades e modificação de comportamentos intrínsecos. Quanto às condicionantes pessoais destacam-se os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição, as crenças e costumes culturais, o estado socioeconómico, o nível de preparação e o conhecimento prévio, podem facilitar ou inibir a vivência de uma transição saudável juntamente com as condições da comunidade e sociedade, e com a rede de apoio familiar e social (Meleis, 2010; Guimarães & Silva, 2016).

Integrando a conceção de Meleis para a prática de enfermagem, esta teoria apresenta o propósito de melhorar o bem-estar, maximizar as habilidades pessoais e promover o autocuidado. Estas são estratégias dinâmicas mobilizadas pelos enfermeiros para cuidar e apoiar as pessoas com o fim de facilitar o processo de transição a que estão expostas induzindo resultados positivos na saúde (Costa, 2016). A gravidez, sendo um evento significativo na vida da mulher e casal, envolve ajustes fisiológicos, emocionais, psicológicos e sociais. Deste modo, no sentido de obter uma transição saudável, o empoderamento da mulher e do casal é fundamental para uma experiência positiva da sexualidade durante a gravidez. Como fatores inibidores desta transição apresentam-se: os desconfortos e alterações anatómicas característicos da evolução da gravidez, mitos e crenças associados ao ato sexual durante a gravidez, a comunicação entre o casal relativo a aspetos da sexualidade e a ausência de uma rede de apoio.

Perante a temática alvo de estudo, a gravidez enquadra-se na transição *desenvolvimental*, envolvendo transformações a nível individual, conjugal e social, onde existe uma redefinição da identidade do casal e se adquire competências para enfrentar as mudanças (Sousa, 2013). Neste ponto, o EEESMO é um elo fundamental pois é um agente facilitador na

transição para a parentalidade, onde a sexualidade se encontra incluída, prevenindo adaptações negativas no casal. O desafio para os EEESMO centra-se na necessidade de suporte nos processos de transição, envolvendo a compreensão destes implementando estratégias de apoio às mulheres e casais (Marques, 2015), tendo em vista a estabilidade e sensação de bem-estar nas vivências da sexualidade ao longo da gravidez.

1.3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DA VIVÊNCIA PLENA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Neste subcapítulo evidencia-se o papel que o EEESMO apresenta com o fim de promover uma sexualidade plena ao casal durante o decurso da gravidez. Tal conteúdo será alvo de confronto, nos capítulos que se seguem, com as experiências vividas no decorrer dos ensinamentos clínicos, com a evidência científica mais atual e com o estudo qualitativo.

A inclusão desta temática é de extrema importância durante a gravidez, contudo constitui-se numa área em que a sua abordagem se encontra omitida, pois ao longo do percurso formativo poucas foram as intervenções, direcionadas ao foro da sexualidade, identificadas nos diversos contextos clínicos. A alteração da vivência da sexualidade existe, devendo ser um foco de atenção perante os profissionais de saúde e, em especial do EEESMO, devendo ter uma conduta dirigida ao casal (Carteiro & Néné, 2024). Em diante, encontram-se expostas as intervenções autónomas que integram documentos oficiais a respeito da sexualidade.

Tal como se encontra evidenciado no RCEEEESMO (2019), o enfermeiro especialista é responsável por informar e orientar a mulher sobre a sexualidade. Também o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR, 2015), expõe a sexualidade como componente integrante do ser holístico, sendo que o seu esclarecimento deve existir. O enfermeiro deve informar sobre as mudanças físicas e psicológicas e o impacto que detém no comportamento sexual. Outros aspetos que se relacionam com o esclarecimento da sexualidade são a exploração e disponibilização de informação das diferentes formas de dar e ter prazer e ainda, a importância da comunicação em casal. Todavia, o período pré-concepcional é uma altura pertinente para se iniciar a compreensão da sexualidade do casal e expor o impacto que a gravidez provoca na dinâmica sexual (PNVGBR, 2015).

O Guia Orientador de Boas Práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2023) caracteriza como atividades: a explicação da sexualidade como uma dimensão da saúde, a explicação da influência da gravidez no desejo sexual, a explicação de critérios de ajuste na atividade sexual e a sinalização das situações que indicam a suspensão da relação sexual. Explicitando, uma vivência saudável da sexualidade é fulcral para a saúde da grávida e do casal. O casal pode descobrir outras formas de sentir prazer, intimidade e proximidade, para além da penetração. As

alterações derivadas da gravidez apresentam impacto na forma como o homem perspetiva a sexualidade, pelo que se realça a cumplicidade, a comunicação e a confiança de modo a que esta temática seja abordada de forma fluida entre o casal ao longo da gravidez. Quanto ao desejo e à frequência das relações sexuais, estas são intrínsecas a cada mulher, podendo existir um aumento da libido ou sentir indiferença (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A mesma fonte defende que o empoderamento, através da promoção da literacia em saúde, tem resultados benéficos sobre o bem-estar da mulher, e conseqüentemente do casal, durante o período pré-natal e no modo como se enfrenta os desafios ao longo da gravidez.

Também o documento oficial dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, lançado pela Ordem dos Enfermeiros (2021), expõe o cuidado na mulher e no homem de forma a promover famílias saudáveis e vivências positivas da sexualidade.

Os cuidados pré-natais consistem numa oportunidade de mudança no casal, não só a nível da sua sexualidade, mas na adoção de estilos de vida saudáveis, dado ser uma fase em que ambos se encontram recetivos à chegada de um novo ser. Assim, durante o contacto com o casal, considera-se pertinente fornecer informação, esclarecer dúvidas e ansiedades, bem como, promover novas práticas sexuais que culminem numa harmonia positiva da vivência da sexualidade. Ainda assim, deve ser tido em conta a componente emocional (Maceiras & Ribeiro, 2016). A respeito disso, Carteiro *et al* (2016) enfatizam a necessidade de identificar problemas potenciais de disfunção sexual, estimular a autoestima e investir nas relações interpessoais a fim de gerir necessidades, medos ou expectativas. A OMS (2020), salienta e reconhece que existe uma falta de abordagem desta temática, marcada essencialmente pela ausência de conhecimentos e de competências comunicacionais apelando ao aprofundamento destas pelos profissionais de saúde.

Por tudo o que tem sido referido, evidencia-se a educação para saúde, marcada pelo aumento da literacia em saúde, que consiste na mobilização de informação ao casal para que este assuma decisões conscientes e informadas. Portanto, a sexualidade, sendo parte integrante da avaliação do bem-estar materno e fetal, deve ser incluída nas consultas de vigilância pré-natal e nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, promovendo o envolvimento do elemento masculino (Carteiro & Néné, 2024). Durante a abordagem desta temática, o EEESMO deve demonstrar uma atitude empática, apresentar um discurso congruente e objetivo, apoiar, aceitar e confrontar e, por fim, ser detentor de motivação e interesse por esta. Garcia & Lisboa (2012), acrescentam que, no âmbito da promoção de vivências positivas da sexualidade durante a gravidez, o enfermeiro deve adquirir e desenvolver capacidades para compreender o outro e demonstrar tal, ainda assim, é uma temática que carece de maior disponibilidade, o que pode implicar com o recurso a agendamentos extras. Os mesmos autores fazem menção ao respeito que deve existir pelo outro e à essência verdadeira na conduta dos seus cuidados, sendo capaz

de causar a mudança, tendo em conta as potencialidades de cada pessoa, sem o uso de julgamentos.

Em suma, o cuidado pré-natal é a chave mestra para a promoção de vivências positivas da sexualidade em casal e, o EEESMO é o profissional que detém competências relacionais e científicas para explorar e incentivar a sexualidade de forma harmoniosa a fim de conferir uma melhoria da qualidade de vida na dinâmica do casal.

2. METODOLOGIA

A prática baseada na evidência é fundamental na área dos cuidados de saúde no que consiste às tomadas de decisão baseadas no conhecimento científico mais atual. A aplicabilidade deste conhecimento, agregado às competências profissionais e ao foco da pessoa que está a ser alvo dos cuidados, permite um desempenho de qualidade e eficiente, promovendo a segurança nos cuidados e a redução de custos em saúde. Através da prática baseada na evidência, vão sendo expostos desafios para a mudança levando à prática reflexiva e à implementação de estratégias inovadoras. Assim, preconiza-se que os enfermeiros reconheçam e apropriem-se da prática baseada na evidência tendo em vista o seu desenvolvimento profissional (Pinto & Mota, 2023).

Neste capítulo são descritas as duas estratégias metodológicas utilizadas: *Scoping Review* e um estudo de natureza qualitativa, tendo por base os princípios éticos e deontológicos no exercício profissional de enfermagem. A ScR foi selecionada pelo seu cariz de mapear a literatura existente sobre um determinado tema, avaliando a extensão, a variedade e a natureza das evidências disponíveis (Peters et al., 2020). Por sua vez, o estudo qualitativo, através do recurso a entrevistas semiestruturadas, permitiu explorar a conduta do EEESMO referente às vivências da sexualidade do casal durante a gravidez, fornecendo uma análise detalhada e alinhada às especificidades da prática de enfermagem (Creswell & Poth, 2018).

Assim, a articulação entre estas metodologias assegurou uma investigação aprofundada e coerente sobre o tema em questão, contribuindo para o esclarecimento dos conceitos envolvidos e para a produção do conhecimento com validade científica, alinhado com as exigências da prática profissional.

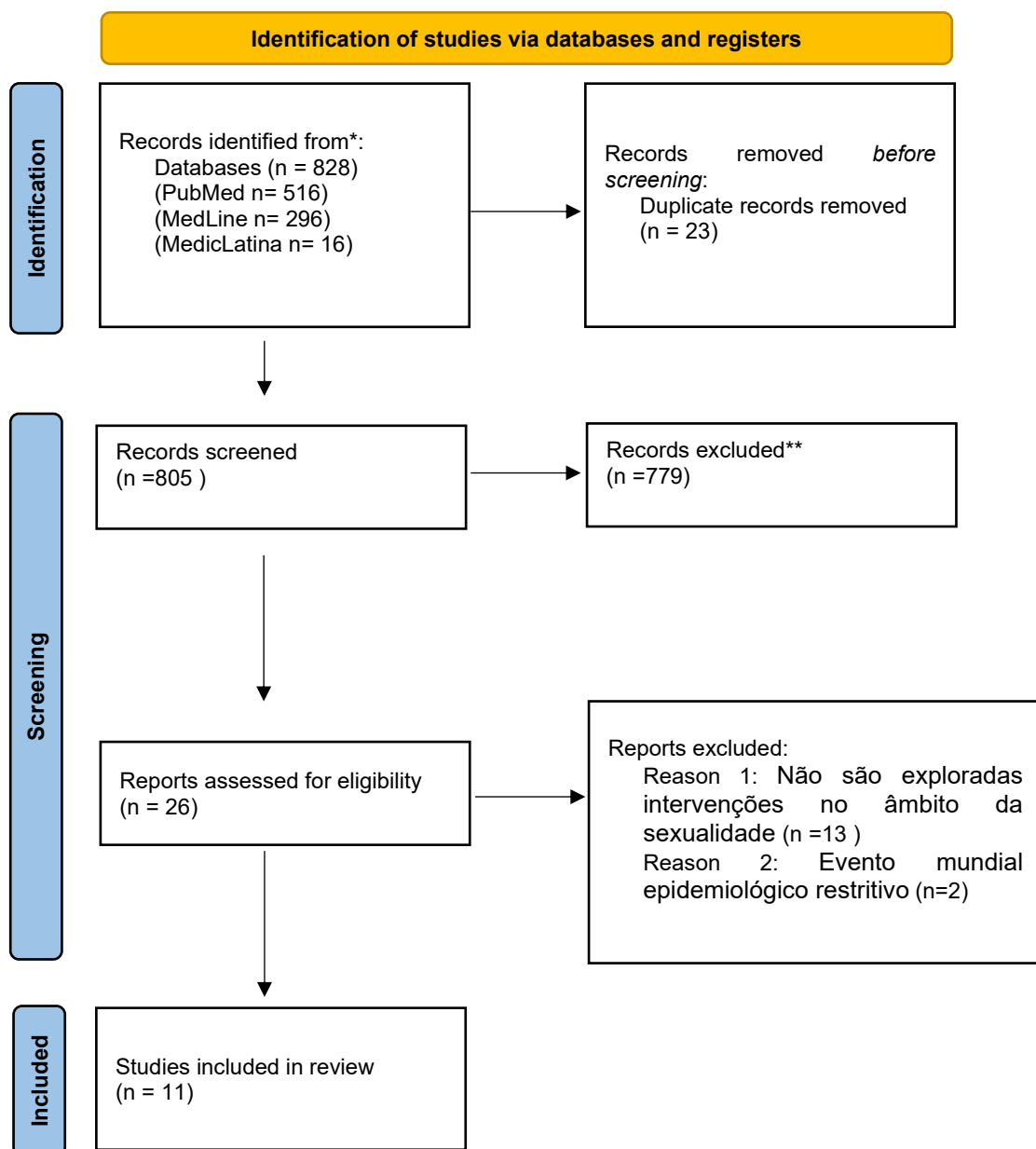
2.1. SCOPING REVIEW

Preconizou-se que a ScR elaborada, norteada pelas diretrizes de Peter et. al (2020) preconizadas no Joanna Briggs Institute®, respondesse à questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?”. Neste âmbito, definiram-se critérios de inclusão segundo o Método PCC em que [P] refere-se à população - EEESMO, [C] conceitos – Sexualidade, Cuidados de Enfermagem Especializados e Gravidez, e [C] o contexto - todos os contextos de saúde onde o EEESMO presta cuidados, tendo como objetivo explorar as intervenções do EEESMO no âmbito da vivência da sexualidade na gravidez. Através da questão de pesquisa supramencionada e do mapa concetual (Apêndice III), foram estabelecidos como descritores MeSh (Medical Subject Headings): Sexuality, Pregnancy, Midwifery e Obstetric Nurse. Apresenta-se no quadro seguinte os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Começou-se por identificar as plataformas e as bases de dados para obtenção dos artigos, sendo elas: PubMed, MEDLINE e MedicLatina. A pesquisa foi realizada a 20 de dezembro de 2023 e através dos descritores MeSH supramencionados, recorreu-se aos booleanos “AND” e “OR” tendo sido obtida a questão de pesquisa “Sexuality” AND “Pregnancy” AND “Midwifery” OR “Obstetric Nurse”. Como limitadores genéricos definiu-se: free full texto, período temporal de dezembro de 2018 a dezembro de 2023, grupo etário adultos dos 19-44 anos, língua inglesa, portuguesa e espanhola, e quanto ao tipo de documentos optou-se por revistas académicas, revistas e artigos. Face aos limitadores específicos incluiu-se: sexo feminino, humano, gravidez e qualquer autor é enfermeiro. Intercetou-se os descritores com recurso aos booleanos AND e OR, tendo sido obtidos os resultados que constam em Apêndice IV do protocolo da ScR que consta em Apêndice II.

Recorreu-se ao PRISMA 2020 Flow Diagram (Figura 1) para a seleção dos estudos. Na primeira etapa, *Identification*, procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos, onde se foi excluiu os que se encontravam em duplicado sendo 23 dos 828 artigos. Na segunda etapa, *Screening*, foi realizada a leitura dos títulos e resumos (*abstract*) dos 805 artigos excluindo 779 pois não incluíam a população, os conceitos e contexto definidos. Posteriormente, procedeu-se à análise na íntegra de cada um dos 26 artigos. Destes rejeitaram-se 15 artigos por não abordarem intervenções direcionadas com a sexualidade e por se focarem num evento único epidemiológico mundial, o que restringia os resultados da pesquisa. Esta etapa foi realizada por dois revisores independentes. Por fim, na última etapa, *Included*, foram incluídos 11 artigos para análise, 10 inserem-se no paradigma de investigação quantitativa e 1 misto.

Figura 1 – PRISMA Flow Diagram



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

2.1.1. Apresentação dos Resultados

De forma a esquematizar os resultados provenientes dos artigos, encontra-se abaixo um quadro com a informação sistematizada dos 11 artigos alvo de leitura e análise integral. Neste constam: o título, autores, ano de publicação, país de origem, metodologia, participantes, fenómeno de interesse, nível de evidência, conclusões dos autores e contributo para a questão de pesquisa.

Quadro 1- Instrumento de Extração de Dados

Título Autores Ano País	Metodologia Participantes Fenómeno de Interesse Nível de Evidência	Conclusões dos Autores	Contributo Para a Questão de Pesquisa
<p>“Cuidado numa perspectiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta-Etnografia”</p> <p>Milena I., Sabogal U., Rodríguez L. M.</p> <p>2019</p> <p>Colômbia</p>	<p>ScR com 21 estudos qualitativos e 2 teses de Mestrado</p> <p>Meta-Etnografia</p> <p>Descrição do cuidado na perspectiva cultural em mulheres grávidas</p> <p>Nível de Evidência 4.b.</p>	<p>Existe a necessidade de existir um cuidado culturalmente congruente por parte da equipa de saúde que é responsável pela assistência pré-natal.</p>	<p>Evidencia-se a falta de conhecimento face a práticas que estão envolvidas na expressão da sexualidade por parte das grávidas, comprometendo o alcance ou manutenção do pleno bem-estar. Destaca-se a promoção dos laços afetivos e a abordagem da alteração do corpo da mulher.</p>
<p>“Determinantes da disfunção sexual na gravidez num hospital terciário no Gana”</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Estudo transversal</p> <p>Determinar os fatores associados à</p>	<p>Os profissionais da área de saúde materna e obstetrícia devem estar alerta para o facto de existirem fatores como</p>	<p>É de extrema importância ter conhecimento de que existem fatores sociodemográficos que apresentam</p>

<p>Maya, E. T., Boamahl, M. O., Agyabeng, K., Srofennyoh E., Mumuni, K., Samba, M.</p> <p>2023</p> <p>Gana</p>	<p>disfunção sexual na gravidez</p> <p>Nível de Evidência 3.b.</p>	<p>a coabitação e a duração da relação conjugal. Estes podem desencadear problemas sexuais.</p>	<p>impacto na forma como a relação conjugal é vivida e sentida. O EEESMO deve recorrer ao uso de estratégias que sejam inovadoras e causadoras de satisfação na mulher, evitando a disfunção sexual na gravidez.</p>
<p>“Efeito da gravidez na função sexual dos casais”</p> <p>Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M.</p> <p>2018</p> <p>Irão</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Estudo de coorte prospectivo</p> <p>Avaliar os efeitos da gravidez na função sexual dos casais</p> <p>Nível de Evidência 3.b.</p>	<p>A qualidade da vida sexual não deve ser negligenciada durante a gravidez e devem ser realizadas intervenções eficazes para eliminar ou reduzir o impacto dos efeitos negativos dos sintomas ao longo da gravidez, tal como outros fatores que influenciam a qualidade da vida sexual.</p>	<p>Torna-se relevante a abordagem junto da grávida/casal de estratégias que atenuem os desconfortos de forma a não causar impacto na vivência da sexualidade em casal.</p>
<p>“Efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual”</p> <p>Mutlu, E. N., Guleroylu, F. T.</p> <p>2023</p> <p>Turquia</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Descritivo Transversal</p> <p>Determinar o efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual</p> <p>Nível de Evidência 3.b.</p>	<p>A qualidade da vida sexual não deve ser negligenciada durante a gravidez e devem ser realizadas intervenções eficazes para eliminar ou reduzir o impacto dos efeitos negativos dos sintomas ao longo da gravidez.</p>	<p>Destaca-se o impacto negativo que os desconfortos sentidos ao longo da gravidez têm na expressão da sexualidade.</p>

<p>“Efeito do programa de enriquecimento sexual na satisfação sexual de mulheres grávidas no Irão: Um ensaio clínico randomizado” Golmohamadi, F., B., F., Motaghi, Z., Keramat, A., Nazari, A. M., Talasaz, F., H. 2022 Irão</p>	<p>Quantitativo Ensaio Clínico Randomizado Determinar a eficácia de um programa de educação sexual na satisfação sexual de grávidas. Nível de Evidência 2.b.</p>	<p>O programa de enriquecimento sexual pode ter um impacto positivo na satisfação sexual das grávidas.</p>	<p>Os programas educacionais direcionados para a sexualidade traduzem-se em resultados positivos para a dinâmica do casal, produzindo bem-estar mental no decurso do ciclo gravídico-puerperal da grávida.</p>
<p>“Exercício da sexualidade em grávidas de Tacna” Sologuren, G. G., Linares, C. L., Flores, J. R., Meija, C. R. 2020 Peru</p>	<p>Quantitativo Transversal Analítico Determinar os fatores associados à sexualidade durante a gravidez e mostrar as alterações de cada trimestre. Nível de Evidência 3.b.</p>	<p>As grávidas que sentiram maior prazer foram as que receberam informações por parte de uma profissional de saúde.</p>	<p>Destaca-se a necessidade de abordagem dos desconfortos sentidos e os mecanismos para atenuá-los. Através do diálogo aberto com a mulher/casal tentar compreender a sua percepção sobre a sexualidade. Promover e estimular os momentos a dois.</p>
<p>“Programa de treino online comparado ao presencial para melhoria da intimidade sexual: Aconselhamento com abordagem cognitivo-comportamental em mulheres grávidas”</p>	<p>Quantitativo Intervencionista Comparar as intervenções do desempenho sexual via online e presencial através de uma abordagem cognitivo-</p>	<p>A intimidade sexual leva ao aumento das relações sexuais e satisfação entre os casais, além de reduzir os problemas sexuais. Intervenções para aumentar a intimidade sexual podem ter efeitos psicológicos e</p>	<p>Criação de programas direcionados para a intimidade onde são ensinados significados e métodos na dinâmica do casal, explorando emoções e sentimentos que unem o casal enquanto identidade.</p>

Farajkhodaa, T., Ashrafib, F., Bokaiea, M., Mahmoodabadic, H. Z. 2021 Irão	comportamental sobre intimidade sexual. Nível de Evidência 1.b.	comportamentais positivos na atividade sexual. A educação sexual e o aconselhamento para mulheres grávidas aumentam a sua satisfação sexual durante a gravidez.	
“Satisfação sexual e de vida de mulheres grávidas” Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M. 2020 Polónia	Quantitativo Avaliar a satisfação sexual e com a vida de grávidas. Nível de Evidência 1.b.	Há uma necessidade visível de cuidados pré-natais abrangentes, incluindo aconselhamento sexual realizado por profissionais sobre questões relacionadas com as relações sexuais durante a gravidez, os efeitos negativos das queixas da gravidez, a aceitação de uma mudança na aparência da mulher e a preocupação dos parceiros.	O aconselhamento e a transmissão de informação sobre os aspetos que abrangem a sexualidade são precisos para a qualidade de vida do casal.
“Função sexual durante a gravidez numa população nigeriana: estudo longitudinal” Ugwu, E. O., Dim, C. C., Eleje G. U. 2023 Nigéria	Quantitativo Desenho Longitudinal Determinar os efeitos dos diferentes trimestres da gravidez nas funções sexuais e os possíveis fatores de risco para a disfunção sexual na gravidez	Os profissionais da área são encorajados a discutir questões da saúde sexual durante a assistência pré-natal de forma a aliviar ansiedades, gerir expectativas e melhorar a função sexual.	A discussão das questões relativas à sexualidade durante a vigilância pré-natal por parte dos profissionais de saúde especializados permite que as grávidas obtenham a informação que

	Nível de Evidência 3.b.		existem mudanças que são fisiológicas e expectáveis podendo ter interferência na forma como expressam a sua sexualidade, o que contribui para o alívio das suas ansiedades e melhoria do seu bem-estar.
<p>“Significado das mudanças de afeto durante a gravidez: Intimidade, Paixão e Compromisso”</p> <p>Carrasco, F. J. F., Mey, U. G., Díaz, L. R., Lara J. M. V., Salgado, J. G., Carreño, T. P.</p> <p>2019</p> <p>Espanha</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Descritivo Transversal</p> <p>Analisar as alterações ocorridas na saúde afetiva entre os membros de um casal durante a gravidez.</p> <p>Nível de Evidência 4.b.</p>	<p>O amor que pode existir pelo parceiro é diferente ao longo do decorrer do relacionamento, mudando ao longo das diferentes fases e situações da vida.</p>	<p>O amor, a paixão e o compromisso são o motor da relação que une as duas pessoas e que pode sofrer alterações com a gravidez, tendo impacto ao nível da transição para a parentalidade. O enfermeiro especialista deve compreender como é a relação do casal e promover estratégias que potenciem estes sentimentos de forma a potenciar a harmonia entre os dois elementos.</p>
<p>“O efeito da educação em saúde sexual na atividade sexual, qualidade de vida sexual e violência sexual na gravidez: um</p>	<p>Quantitativo</p> <p>Ensaio Clínico</p> <p>Randomizado e</p> <p>Longitudinal</p>	<p>Os resultados mostram o efeito positivo da educação, especialmente em sessões presenciais em grupo versus</p>	<p>É necessário maior dedicação e disponibilidade para a estruturação de programas que trabalhem os aspetos</p>

estudo prospetivo randomizado e controlado” Alizadeh, S., Riazi, H., Majad, H. A., Ozgoli, G. 2021 Irão	Investigar os efeitos de um programa de educação em saúde sexual nas dimensões da saúde sexual em mulheres grávidas. Nível de Evidência 1.b.	autoformação, relativamente a atividade e respostas sexuais e na qualidade de vida sexual em grávidas.	inerentes à saúde sexual de forma completa e com maior pormenor, sendo o EEESMO o profissional de referência para tal.
--	---	--	--

Dos 11 artigos analisados na íntegra, todos eles se inserem no friso cronológico de 2018 a 2023, abrangendo países como Irão, Espanha, Nigéria, Colômbia, Polónia, Peru, Gana e Turquia, não sendo encontrado nenhum estudo em Portugal. Estes países apresentam um sistema de cultura e crenças diferente das que se assiste em Portugal, contudo os resultados foram interessantes para compreender a intervenção do EEESMO no âmbito da vivência da sexualidade durante a gravidez no casal.

Da análise pormenorizada destaca-se:

- O cuidado culturalmente congruente relativamente à sexualidade, explorando medos e inseguranças, desmistificando determinadas práticas do casal;
- O aconselhamento sobre estratégias de redução dos desconfortos sentidos ao longo dos trimestres da gravidez;
- A abordagem das alterações, essencialmente corporais, no corpo da mulher que impactam a sua autoimagem e autoestima;
- A criação de programas educativos presenciais devidamente estruturados que abordem habilidades e conteúdos informativos sobre sexualidade, instruindo os exercícios de Kegel;
- A exploração da dinâmica do casal, tendo em conta dados sociodemográficos, a fim de identificar e providenciar mecanismos que promovam a harmonia do casal, realçando o amor, a paixão, o compromisso, a promoção dos laços afetivos e o diálogo em casal, auxiliando na adaptação para a parentalidade.

Estes tópicos emergem dos artigos analisados e dispõe de contributos para a conduta do EEESMO no âmbito das intervenções direcionadas à promoção da vivência plena da sexualidade do casal, durante a gravidez. No próximo subcapítulo, serão expostos estes resultados e a sua respetiva análise mais detalhada.

2.1.2. Discussão dos Resultados

Na pesquisa realizada foram encontrados resultados que abordam aspetos integrantes das intervenções que o EEESMO deve ter como referência a fim de promover uma vivência positiva da sexualidade durante a gravidez o que permite desenvolver competências profissionais e aumentar o conhecimento sobre a temática.

As alterações na sexualidade podem ocorrer em qualquer fase do ciclo de vida da mulher, todavia, com a gravidez esta vertente é afetada negativamente, nomeadamente no que toca ao desejo e relações sexuais (Moreira *et al*, 2022). Fatores como, diminuição da autoestima derivada da autoimagem, falta de conhecimento, mitos, antecedentes obstétricos, tais como abortos ou infertilidade, e a preocupação do bem-estar fetal, contribuem para alterações do comportamento que impactuam com a vivência da sexualidade. De referir que, quanto mais desejada e difícil é a conceção da gravidez, mais impacto terá na vivência da sexualidade (Moreira *et al*, 2022). O estudo de Milena *et al* (2019) refere que as alterações físicas decorrentes da gravidez produzem modificações na autoimagem e autoconceito da mulher. Mutlu & Guleroylu (2023), comprovam que quanto mais desconfortos sentidos, menor é a qualidade de vida sexual, reduzindo a qualidade de vida em casal. Tais desconfortos envolvem fadiga, polaquíúria, náuseas, desconfortos gástricos, a título de exemplo. Sologuren-García *et al*. (2020) destacam igualmente o cansaço, a sonolência, o ganho de peso e o volume como fatores que podem influenciar negativamente a vida sexual do casal.

Atualmente, em Portugal, presencia-se uma realidade com um sistema cultural diversificado, o que, a nível da saúde, implica uma prestação de cuidados direcionada à esfera de crenças e práticas das diversas culturas. Sendo a cultura um agente influenciador de comportamentos e atitudes no que remete à sexualidade, e não só, torna-se imprescindível a prática de cuidados que sejam culturalmente congruentes procurando compreender as expectativas do casal (Salema, 2024). O estudo de Milena *et al* (2019), reflete como os comportamentos e práticas se configuram a partir de determinado tipo de crenças, valores, conhecimentos e costumes face à cultura em que as mulheres nascem, crescem e se desenvolvem. Considera-se significativo compreender as experiências e o contexto cultural de forma que os cuidados sejam prestados sob uma perspetiva cultural, envolvendo a estrutura familiar, social e espiritualidade da grávida. Tal como é preconizado pelo RCEEESMO (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, 2019), o EEESMO deverá estar desperto para cuidar e promover cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis compatíveis com as necessidades do grupo-alvo.

Os comportamentos e práticas de cada casal durante a gravidez encontram-se relacionados com a sua estrutura social e cultural, dependendo do ambiente em que crescem e vivem. Assim, cada casal, apresenta uma interpretação única da vivência da sua sexualidade

durante a gravidez (Milena *et al*, 2019). Segundo os mesmos autores, os comportamentos e práticas desenvolvidos por cada casal durante a gravidez encontram-se dentro de um sistema de crenças, costumes e mitos, persistindo ao longo das gerações, fazendo parte da realidade para cuidar da sua saúde e do ser que nascerá. Muitas culturas acreditam que a prática do ato sexual provoca dano no feto e precipita o trabalho de parto (TP), por outro lado, a sexualidade encontra-se restrita ao ato sexual marcado por um encontro sem sentimentos afetivos. Assim, o cuidado cultural envolve os significados, as experiências, a estrutura social e familiar, e o domínio espiritual da mulher, a fim de ir ao encontro das práticas e valores do casal com vista a obter o pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual. (Milena *et al*, 2019).

O incentivo ao diálogo e a promoção de laços efetivos, em casal, considera-se valorizado durante a gravidez dado a necessidade de fortalecer o vínculo afetivo, a cumplicidade e a lealdade entre este durante o período em que existe uma redefinição de papéis. A inexistência do diálogo em casal pode levar a sentimentos de raiva, mágoa e outros sentimentos tóxicos que podem prejudicar a relação. Assim, a conversa entre os membros e a exposição daquilo que se está a sentir pode contribuir para uma vivência espontânea e natural da sexualidade demonstrando companheirismo (Martins, 2018). Farajkhodaa *et al* (2021), no seu estudo, apropriam-se de uma abordagem cognitivo-comportamental, potencializando reforços e trocas positivas, ensinando habilidades de comunicação, mudando e modificando padrões de pensamento, mudando crenças falsas e irracionais e atitudes, ensinando a descobrir pensamentos distorcidos, lidar com problemas sexuais e ainda, métodos de resolução de conflitos que levam ao aumento da intimidade. O enriquecimento da comunicação é projetado para promover e enriquecer as relações entre pessoas próximas Farajkhodaa *et al* (2021).

Os desconfortos sentidos impactam de forma negativa a forma como o casal experiencia a sexualidade na gravidez derivado da adaptação do corpo à gravidez. O EEESMO deve, portanto, informar *a priori* sobre eventuais desconfortos, fornecendo soluções e práticas de alívio de sintomas (PNVGBR, 2015). Assim, com o aconselhamento correto, adequado ao trimestre da gravidez, procura-se reduzir os desconfortos e sintomas sentidos preservando ou melhorando a qualidade de vida do casal.

Relacionado à sexualidade, emerge a autoimagem e a autoestima. A autoimagem consiste na representação que cada pessoa faz da aparência externa, é individual e vai sendo modificada ao longo do ciclo de vida. Com a gravidez, o corpo vai adquirindo novas configurações, levando a uma nova percepção de si mesma, podendo provocar sentimentos negativos o que pode induzir um mau estar psíquico. Outra preocupação, para além do ganho de peso e volume corporal, consiste no facto de restabelecer o seu corpo no pós-parto. Por sua vez, a autoestima, é subjetiva, pois, faz referência ao juízo de valor que cada pessoa faz de si mesma. Ambos os conceitos se interrelacionam e variam ao longo da gravidez (Peixeiro *et al*, 2022). As mesmas autoras defendem que as alterações físicas no corpo da mulher grávida

influenciam a resposta sexual da mulher, o que impacta a dinâmica do casal. É neste ponto que deve ser trabalhado a capacidade de ajuste da grávida, identificando eventuais barreiras relacionadas com a imagem corporal.

A gravidez é o momento chave para ações de educação para a saúde. Os estudos comprovam que a realização de programas devidamente estruturados e organizados, conduzidos por enfermeiros especialistas, dirigidos à grávida/casal, quer por meio presencial, quer via online, detém um grande impacto positivo na qualidade de vida do casal. A sua eficácia traduz-se na mudança de comportamentos, competências e atitudes face à sexualidade melhorando a intimidade entre o casal (Farajkhoda *et al*, 2021). A insatisfação dos casais é responsável pela presença de conflitos e desentendimentos conjugais, causando distúrbios psicológicos e aumento do número de infidelidades (Golmohamadi *et al*, 2022). A transmissão do conhecimento científico aumenta a informação que a grávida/casal tem disponível reduzindo os seus medos e inseguranças, permitindo que as suas tomadas de decisão sejam conscientes e seguras, o que promove uma sexualidade positiva em casal. Outro aspeto oportuno de ser abordado nesta linha, é a instrução dos exercícios de *Kege!l*. Muitas mulheres desconhecem esta técnica e os seus benefícios. Este método fortalece o assoalho pélvico, contribuindo para a prevenção da incontinência urinária no pós-parto (Silveira & Cabral, 2021). Está igualmente comprovado que, a realização destes, provoca maiores níveis de satisfação sexual (Golmohamadi *et al*, 2022). É necessário maior dedicação e disponibilidade para a estruturação de programas que trabalhem os aspetos inerentes à sexualidade de forma completa e com maior pormenor, sendo o EEESMO o profissional de referência para tal.

Também se constatou que o tempo de coabitação, o tempo de relação, a idade, a situação educacional e profissional e o número de filhos interferem no modo como é vivenciada a sexualidade ao longo da gravidez levando a problemas de disfunção sexual (Maya *et al*, 2023). Tal significa que os EEESMO devem ter estes dados sociodemográficos em conta, pois são fatores que podem bloquear a harmonia do casal pela falta de novidade que existe, promovendo a saúde da grávida durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar do casal (RCEEESMO, nº391/2019). Daí surge a necessidade de uma colheita de dados pormenorizada a fim de identificar e adequar os cuidados de forma a potenciar a função sexual, com recurso a estratégias que sejam inovadoras e causadoras de bem-estar no casal. O amor, a paixão e o compromisso são o motor da relação que une as duas pessoas e que pode sofrer alterações com o evento da gravidez, sendo ela planeada ou não, tendo impacto ao nível da transição para a parentalidade. O EEESMO deve compreender como é a relação do casal e promover estratégias que potenciem estes sentimentos de forma a potenciar a harmonia entre os dois elementos que estão a gerar um ser que crescerá nesse mesmo ambiente (Carrasco *et al*, 2019).

Em suma, o período pré-natal, acompanhado pelo EEESMO deve ser marcado pela qualidade de cuidados, minimizando ansiedades e medos. A escuta ativa deve estar presente e sem juízos de valor acerca da expressão da sexualidade da grávida/casal. Espera-se ainda orientação, apoio, respeito, fornecimento de informação e incentivo à prática da sexualidade de forma harmoniosa. O EEESMO é reconhecido por um agente educativo, com foco na promoção da saúde potenciando o bem-estar materno-fetal, e conseqüentemente do casal (Neto, 2014). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o EEESMO, no seu exercício profissional, é o agente que desenvolve na grávida, e nas pessoas significativas, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização. As suas intervenções deverão ter como referência a avaliação das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da grávida e da pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

2.2. TRABALHO DE CAMPO: ESTUDO QUALITATIVO

Desenvolve-se, de seguida, os aspetos inerentes à metodologia do estudo qualitativo aplicado. O paradigma qualitativo constitui-se num processo reflexivo, complexo e subjetivo, dado que o investigador define um conjunto de ideias face a questões e conhecimentos que são analisados de formas específicas. Deste modo, o investigador faz a sua pesquisa no terreno a fim de obter informação sobre a realidade, e, posteriormente, orienta a sua compreensão da realidade. Este tipo de investigação deixa os números de parte e explora a excentricidade das realidades sociais, construídas ao longo da existência humana (Aires, 2015).

O estudo em causa trata-se de um estudo descritivo exploratório, dado que tenciona identificar, analisar e explorar a conduta do EEESMO associada às experiências vivenciadas da sexualidade no casal durante a gravidez. Os resultados do estudo irão complementar a evidência emergente dos resultados da ScR.

2.2.1. Metodologia

No âmbito da colheita de dados foi eleita a tipologia de entrevista semiestruturada, pelo seu cariz subjetivo e amplo de obtenção de informação. Foi elaborado um guião de entrevista, com a caracterização do participante, nomeadamente a idade, habilitações literárias, profissão, número de gestações, número de filhos, se a gravidez tinha sido ou não vigiada, que profissional realizou o acompanhamento pré-natal e se existiu alguma intercorrência ao longo da gravidez. O guião é composto por cinco questões relacionadas com aspetos inerente à forma como vivenciaram a sexualidade ao longo da gravidez e que tipo de intervenção existiu por parte do

enfermeiro, o mesmo encontra-se em Apêndice VII para consulta. As participantes do estudo são cinco puérperas internadas no serviço de puerpério até às 48h após o parto. As entrevistas foram realizadas em março de 2024, num gabinete exclusivo, proporcionando um ambiente pessoal e calmo, permitindo a confidencialidade.

Os dados obtidos da entrevista foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016). O objetivo desta análise é a realização sistemática e objetiva do conjunto de dados, procurando compreender o seu significado e identificar tendências. Tal permite uma compreensão profunda com o estabelecimento de conclusões precisas e devidamente fundamentadas (Valle & Ferreira, 2024). Segundo os mesmos autores, existem três fases para a análise de conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação, todas elas interligadas. Como já foi referido, as entrevistas foram realizadas em suporte áudio, com uma duração média de 25 minutos, e transcritas posteriormente, totalizando 11 páginas. Após a transcrição iniciou-se a leitura “flutuante”, que segundo Bardin (2016), permite conhecer o texto, obtendo impressões e identificando as ideias significativas. Com essa leitura, foi possível mapear as unidades de registo, definidas como uma sustentação para a construção das subcategorias do estudo que integram as categorias, tendo estas um valor mais genérico (Bardin, 2016).

Perante tal estudo, existe a necessidade de assegurar a responsabilidade profissional, moral e ética, respeitando a confidencialidade e a vida privada do grupo. Assim, foi solicitado à Comissão de Ética e Conselho de Administração, do hospital onde foram realizadas as entrevistas, o parecer da realização do estudo após apresentação do Projeto de Investigação (Apêndice VI). Em janeiro de 2024 obteve-se o parecer positivo via e-mail pelas entidades referidas que se encontra em Anexo I. As participantes foram selecionados pela chefia de enfermagem, em primeira instância, e posteriormente questionou-se o interesse destas. Todas elas foram informadas sobre o objetivo do estudo e toda a investigação inerente, além disso, transmitiu-se a confidencialidade e proteção dos dados somente para o estudo, protegendo a sua individualidade. A privacidade e anonimato dos dados foi garantida, omitindo a sua identificação, somente a investigadora obteve o acesso a estes. Existiu oportunidade de exporem as dúvidas que apresentavam. Estas procederam ao preenchimento do consentimento livre e informado do estudo, fornecido pelo próprio hospital. Foi ainda mobilizada a gravação via áudio, ao qual sempre se obteve parecer favorável.

2.2.2. Análise e Discussão dos Resultados

A categorização resultou tendo por base os pressupostos conceituais da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Ao longo do ciclo da vida, o ser humano é confrontado, pelos eventos da essência humana, por múltiplas transições, tais como o casamento, a gravidez ou a morte de um familiar, a título de exemplo. Estas transições são únicas e são de carácter pessoal, pois existe uma perspectiva individual, todavia, a forma como cada um vivencia e se integra em cada uma delas depende dos recursos que a rodeiam. Estes recursos não são apenas externos, pois as experiências anteriores de vida e o significado que atribuem aos eventos apresentam igualmente impacto no modo como se adaptam (Meleis, 2010). Assim, é enfatizado o cuidado transicional enquanto foco do valor humano (Santos *et al*, 2015). A matriz, representante da análise das cinco entrevistas realizadas encontra-se apresentada em Apêndice VIII, contemplando a temática, as categorias, subcategorias e as unidades de registo. Cada categoria foi analisada com correspondência a unidades de registo, a identificação de cada entrevistado está codificada como E1, E2, E3, E4 e E5.

Na análise vigente, procurou-se identificar as intervenções do EEESMO na vivência da sexualidade, no casal, e as experiências que cada uma das entrevistadas apresentou a respeito desta área. No âmbito da temática “Vivência da sexualidade no casal durante a gravidez” foram identificadas duas categorias: fatores facilitadores da transição e fatores inibidores da transição. Os fatores facilitadores são aqueles que facilitam a adaptação a uma determinada situação, já os inibidores são os que condicionam determinada transição (Meleis, 2010).

Para os fatores facilitadores da transição, foram identificadas as subcategorias: conhecimento, significados e flexibilidade e integração. O “conhecimento” surge agregado à expectativa podendo aliviar o stress relacionado à transição (Meleis, 2010). Como indicador tem-se “(...) não tive uma gravidez de risco, portanto não havia problema em manter a vida sexual.” (E1), simbolizando que nesta fase de transição, caracterizada pela gravidez, não existiria nenhuma restrição em manter a atividade sexual.

No que concerne aos “significados” estes envolvem o sentido atribuído ao próprio processo de transição, podem ser positivos, negativos ou neutros (Santos *et al*, 2015). São percepções e envolvem reformulações face à mudança que estão a presenciar, sendo indispensável entender o sentido dos significados para a prática de enfermagem (Meleis, 2015). Constata-se os seguintes valores e atribuições relativos à sexualidade percebidos pelas mulheres : “Quando estou grávida vejo o corpo de maneira diferente (...)” (E1), “(...) podemos manter a chama acesa de outras formas.” (E1), “Sentia-me feia e ele confortava-me e passava.” (E2), “ (...) de afetos ao longo da gravidez até aumentou (...)” (E2), “Eu noto vocês, enfermeiras mais novas, muito mais abertas e com predisposição, a geração é mais aberta.” (E5). Nestes indicadores evidencia-se um conjunto de ideias que são sentidas e apresentam um determinado

valor para a mulher, interferindo no modo como vivenciam a mudança. Outro aspeto ressaltado é o facto de existir menção à conduta do enfermeiro, de forma positiva, pela abertura de abordagem de tabus e de temáticas mais íntimas.

Quanto à subcategoria “flexibilidade e integração”, esta é sugestiva que uma transição saudável envolve uma reformulação da própria identidade, incorporando novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Meleis, 2010). Tal permite aos enfermeiros compreender o processo de transição experienciado, mas também as suas consequências no domínio biopsicossocial. Como indicadores apresentam-se: “(...)temos sempre os nossos momentos (...)Conseguimos gerir sempre tudo, à nossa maneira, ao nosso tempo.” (E4), “O facto de falarmos e expormos o que pensávamos ajudou a não ser um problema na gravidez.” (E3), “ (...)não só a nível sexual, mas toda a jornada que temos feito, esta transição de papéis. Foi um apoio espetacular.” (E2), “(...) deixei-me levar por aquilo que eu queria no momento. Não fiz disso um bicho de sete cabeças.” (E1). Estas ideias revelam comportamentos em casal que foram modificados com a gravidez, existindo um ajuste e aceitação pela nova condição.

Face à outra categoria definida, “Fatores Inibidores da Transição”, foram identificadas as subcategorias “Condições Comunitárias”, “Preparação e Conhecimento” e “Significados”. Face às “Condições Comunitárias”, estas remetem para os recursos existentes na comunidade e envolvem amigos, pares, familiares, profissionais de saúde, que facilitam ou inibem o decorrer das transições (Meleis, 2010). No âmbito da inibição constata-se situações como insuficiência de recursos, ausência e inadequação das sessões de educação para a saúde, suporte inapropriado, informação não fidedigna e o negativismo por parte das pessoas que rodeiam (Meleis, 2010). Desta forma, como indicadores desta subcategoria destacam-se: “(...) as consultas de saúde materna nos centros de saúde são incompatíveis com os horários dos pais. E aí sim eu acho uma falha muito grande, pois é um grande apoio. E o nosso companheiro poderia questionar e tirar dúvidas mais técnicas que ele tem e que não me expõe. E o mesmo acontece com os horários dos cursos de preparação para o parto.” (E2), “ (...)uma simples pergunta a perguntar como estão as coisas, se está tudo a correr bem, até para prevenir algum tipo de depressões ou baixa autoestima. É nesse sentido que eu acho que podia existir uma intervenção pois é algo que não se aborda.” (E2), “Face à sexualidade no curso apenas se falou dos métodos contraceptivos no pós-parto.” (E3), “Os profissionais só olham para a gravidez em si, mas por detrás disso existe amor e carinho.” (E4) e “Devia-se de pensar em tudo, deviam de questionar a mulher sobre como é que ela se sente, a nível do corpo, a nível de psicológico e falo do meu caso. Também acho importante existir uma abordagem com o esposo, e são postos de parte e isso não deveria de acontecer.” (E4). Realço as informações que constam nesta subcategoria, dado que aqui encontra-se exemplificado as intervenções que o enfermeiro desenvolve e a visão das puérperas face a estas durante a gravidez. Evidencia-se que se pode

fazer muito mais com todas as competências que o EEESMO tem, indo a atuação deste para além de uma postura biomédica.

No que remete à “Preparação e Conhecimento”, relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, neste caso, não foram identificados indicadores que impactassem de forma positiva a transição. Associaram-se à forma como influenciaram a vivência da sexualidade de forma negativa, ou até mesmo, a ausência de informações que os profissionais poderiam disponibilizar de forma a aliviar e reduzir o medo e/ou desconfortos. Indicam-se: “ Só mencionaram no curso de preparação para o parto que as relações poderiam ajudar a provocar o parto, foi o único momento onde houve uma abordagem.” (E1), “ (...) é uma primeira gravidez, não sabia de nada não é.” (E2), “Acredito que haja casais que precisem porque existem mudanças e isso pode levar a interpretações erradas por parte do companheiro.” (E3), “ às vezes não se aborda por vergonha.” (E5).

Face à última subcategoria, “Significados”, estes remetem para as novas reformulações, todavia são perceções negativas. Os indicadores correspondentes a esta subcategoria envolvem emoções e perspetivas da sua autoimagem e autoestima. A título de exemplo, expõe-se “ Houve momentos de frustração ao olhar para mim (...)” (E2), “ o meu corpo nunca mais foi o mesmo desde o último parto. Estou sempre com o pensamento que vai ser doloroso e se estou a fazer alguma coisa de errado. “ (E4), “ (...)engordei quase 20kg, e isso interfere muito. “ (E5). Encontra-se de seguida o quadro matriz sintetizado.

Quadro 2 – Quadro Matriz da Análise

Tema	Categorias	Subcategorias
A vivência da sexualidade no casal durante a gravidez	Fatores Facilitadores da Transição	Conhecimento
		Significados
		Flexibilidade e Integração
	Fatores Inibidores da Transição	Condições Comunitárias
		Preparação e Conhecimento
		Significados

Os resultados da análise das entrevistas relacionam-se com alguns dos contributos emergentes da ScR. Por um lado, evidencia-se que, em todas as puérperas entrevistadas existiu

uma mudança na forma do seu relacionamento, pela sua predisposição, justificada por mudanças hormonais e fisiológicas derivadas da gravidez. Muitas mencionaram que o facto de existir um diálogo aberto e um suporte mútuo por parte do companheiro, se revelou um fator facilitador para a dinâmica e relação conjugal. Surge assim, as habilidades que podem ser desenvolvidas junto do casal por parte do EEESMO a fim de exporem os seus medos, inseguranças e a manterem a sua relação afetiva que, por vezes, se vê afetada pelas alterações decorrentes da gravidez. Outro aspeto emergente, é que a maioria das entrevistadas revelou que a sua autoimagem sofreu alterações, o que determinou o modo como aceitaram as suas mudanças corporais, adquirindo um sentido conotativo negativo pelo aumento de peso e das suas dimensões. Aspeto este que pode ser trabalhado junto das grávidas a fim preservar a saúde mental da mulher no que toca ao desenvolvimento de ansiedade e depressão. Estas são situações que interferem no modo como a mulher se expressa enquanto figura atrativa do sexo oposto.

Quanto às intervenções do EEESMO, revelou-se que existe uma atuação muito restritiva onde a abordagem da temática da sexualidade se encontra omitida. Um dos contributos que emergiram da ScR foi a existência de cursos altamente especializados com aspetos referentes à sexualidade o que, atualmente, devido aos recursos existentes, apenas é possível a realização de um curso com vista à preparação do casal para a parentalidade. Este curso, segundo as entrevistadas, apresenta um carácter pouco eficiente relativamente às questões direcionadas à sexualidade. Tal é esboçado, pois existiu apenas uma referência aos métodos contraceptivos após o parto, houve ainda um relato em que não existiu qualquer tipo de abordagem. Outro aspeto mencionado foi a abordagem da visão dos enfermeiros, em que se focam e restringem a sua conduta em atividades básicas tais como sinais vitais, avaliação do peso e do bem-estar fetal, não incluindo outros aspetos inerentes à condição humana. Ainda assim, foi destacado a presença do pai no acompanhamento, quer ao longo das consultas de vigilância pré-natal, quer nos cursos de preparação para a parentalidade. Uma das entrevistadas refere, inclusive, que “são postos de parte”, tal acontece pelos horários das consultas e dos cursos de preparação para a parentalidade em que os acompanhantes se encontram a trabalhar, e, por isso, a sua ausência faz-se sentir. De facto, seria um aspeto a alterar, o que permitiria a inclusão do companheiro. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), ao longo da gravidez, o cliente alvo dos cuidados é o casal gravídico que partilha entre si um projeto de parentalidade e conjugalidade, devendo a pessoa significativa ser integrada igualmente nos cuidados.

Como foi exposto, os resultados da ScR relacionam-se com a análise das entrevistas. Com isto, percebe-se que existe uma longa jornada, onde o EEESMO pode desempenhar uma conduta de excelência, face ao seu contacto com as grávidas e casais, a fim de promover experiências e momentos plenos da sexualidade, durante a sua transição na gravidez.

Finalizando, a intervenção do EEESMO nesta transição da sua vivência, em casal, da sexualidade ao longo da gravidez permite o desenvolvimento de competências para alcançarem a transição de forma positiva. Mobilizando o conhecimento que detém, através do aporte de informação que recebem de fontes fidedignas, e os recursos envolventes. O resultado esperado das condutas, em especial, dos EEESMO's, é a obtenção de bem-estar das grávidas e casais, capacitando-os para a tomada de decisão direcionada ao autocuidado, autoconfiança e autorrealização.

3. PERCURSO CLÍNICO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo, serão abordadas as atividades que foram sendo desenvolvidas durante os vários ensinamentos clínicos tendo como referência o RCEEEESMO (n.º 391/2019 de 3 de maio) tal como o RCCEE (n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Será exposta uma breve contextualização de cada local e será realizada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas tendo por base o Projeto de Estágio (Apêndice I) e os Descritores de *Dublin*.

O enfermeiro especialista é caracterizado por um sistema de competências e conhecimentos específicos numa área específica, pondo em prática no contexto clínico, de forma a disponibilizar cuidados de qualidade, confrontando-se com processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Face ao EEESMO, os seus cuidados especializados centram-se em três pilares, a competência profissional, direcionada ao domínio da prestação e gestão dos cuidados, da responsabilidade profissional, ética e legal, e, do desenvolvimento profissional contínuo tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, de forma a dar resposta aos desafios com confiança. O segundo pilar consiste na prática baseada na evidência, englobando a tomada de decisão que pressupõe a viabilidade, a adequação e a efetividade dos cuidados, o contexto onde são prestados os cuidados e a individualidade de cada pessoa. O terceiro pilar centra-se no respeito pela pessoa sendo o princípio orientador de boas práticas, em que o EEESMO é o profissional de saúde que auxilia na descoberta e desenvolvimento de capacidades para lidar com os desafios da sua saúde. Face aos cuidados especializados do EEESMO destaca-se a promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde reprodutiva, ginecológica e sexual (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Tal capítulo é reflexo do percurso de aquisição de competências, da autonomia e da responsabilidade profissional evidenciando o processo de tomada de decisão fundamentada e baseada em evidência científica, respeitando a qualidade e segurança dos cuidados prestados centrados na mulher e respetiva família. Importa referir que, a autonomia, adquirida gradualmente ao longo dos ensinamentos clínicos, envolveu uma forte componente de responsabilidade ética e deontológica face às necessidades de cada pessoa. Ao longo do percurso formativo, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, constituiu-se no referencial teórico fulcral para orientar a prática e respetiva reflexão das atividades desenvolvidas. Tal teoria expõe que o EEESMO detém a maestria de capacitar a mulher/casal/família, através das características internas e recursos envolventes, a vivenciar transições positivas da sua saúde/doença.

Foram estruturados objetivos transversais aos vários ensinamentos clínicos sendo eles: “Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional integrando a equipa multidisciplinar”, este foi considerado a base para o desenvolvimento do percurso formativo, a fim de promover conforto e segurança nos vários contextos clínicos, existindo um sentimento de integração e acolhimento;

“Desenvolver competências cognitivas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais de acordo com a área de atuação”, para cada contexto clínico, existiu, previamente, uma pesquisa bibliográfica e leitura sobre os conhecimentos científicos mais atuais a fim de os pôr em prática tendo em conta cada particularidade do ciclo reprodutivo e sexual da mulher; “Consolidar e aplicar conhecimentos comunicacionais, científicos e cognitivos referentes à área de atuação tendo em vista a formação contínua”, os conteúdos temáticos abordados presencialmente foram uma mais-valia, constituindo-se numa preparação para aquisição de competências, permitindo desenvolver capacidades e melhorar atitudes na prestação de cuidados, aumentando a qualidade destes; “Adquirir e desenvolver competências práticas no âmbito da gestão de recursos materiais, humanos e dos cuidados do EEESMO”, neste ponto, foi possível acompanhar a enfermeira que detinha funções de responsável de turno, esta detém a responsabilidade de sinalizar avarias de material, ocorrências do turno anterior, verificar medicação em falta, gerir a equipa para as divisões das refeições e auxiliar os colegas em momentos com mais afluência, foi bastante importante este acompanhamento e observação da liderança a fim de refletir sobre a gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais.

Considera-se que estes objetivos foram atingidos nos vários locais, uns com mais facilidade que outros dadas as particularidades de cada serviço. De referir ainda que, durante o decorrer dos ensinamentos clínicos, foram sendo realizadas, pelo menos, duas reuniões para cada contexto, com a Professora Orientadora e a Enfermeira Cooperante a fim de fazer um ponto da situação sobre o percurso desenvolvido. Tais permitiram a reflexão, identificando os aspetos alvo de melhoria.

3.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR, PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL E PERÍODO PRÉ-NATAL

Neste domínio de competência o estágio desenvolveu-se em três locais distintos, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados na Comunidade e Consultas Externas de Obstetrícia.

As Unidades de Saúde Familiar são unidades operativas que possuem uma autonomia funcional e técnica, onde possuem objetivos contratualizados que garantem aos cidadãos serviços de saúde. Na Unidade de Saúde Familiar onde foi desenvolvido o ensino clínico, a equipa é composta por médicos, enfermeiros de cuidados gerais e especialistas e assistentes técnicos, sendo a interligação entre estes, fundamental para a eficácia do seu funcionamento. A unidade apresenta consultórios para o foro médico, uma sala de tratamentos, uma sala de acondicionamento de fármacos, um consultório para as consultas de PF e vigilância pré-natal, uma sala para a realização de rastreios do cólo do útero e exame obstétrico da revisão pós-parto

e um consultório para consultas de pediatria. Encontram-se inscritos cerca de 5919 pessoas, destacando-se 1585 mulheres em idade fértil (15-49 anos). Aqui, destaca-se a vigilância pré-natal, apesar dos desafios que se fazem sentir pela ausência de médicos, o que impossibilita a requisição de exames e análises preconizados em cada trimestre da gravidez, refletindo-se na escassez de resposta às necessidades da população. Para além do acompanhamento contínuo às grávidas, a área do PF e período pré-concepcional são prioritárias.

Foi possível dar resposta ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Mulher/Grávida/Casal na comunidade.” Esta unidade apresenta um EEESMO que gere a área da saúde da mulher, onde é responsável pelo apoio à mulher ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo, representando as áreas do PF, período pré-concepcional, gravidez e pós-parto. Tais áreas permitiram o desenvolvimento de competências especializadas face a cada fase do ciclo reprodutivo onde se evidenciam intervenções autónomas e interdependentes, em situações de risco. Desta forma, verificou-se que o EEESMO detinha uma forte componente de gestão no que toca aos agendamentos pois a marcação era realizada consoante a disponibilidade dos médicos existentes, pois existia a necessidade de realizar prescrições no que toca aos exames ecográficos e sanguíneos. Detetou-se que uma percentagem das grávidas chegavam até nós numa fase tardia face ao 1º trimestre, o que dificultava a viabilidade do rastreio do 1º trimestre pela janela temporal de marcação da ecografia neste trimestre.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) as consultas de PF têm como fim a promoção de uma vivência segura e saudável da sexualidade, regularização da fecundidade segundo o desejo do casal, preparação para a parentalidade de forma responsável, redução da incidência de infeções sexualmente transmissíveis e melhoria da saúde e bem-estar dos indivíduos (DGS, 2008). Nas consultas de PF era realizado o exame objetivo com avaliação dos sinais vitais, peso, altura e IMC. Consequentemente iniciava-se uma entrevista a fim de obter uma colheita de dados mais pormenorizada sobre antecedentes familiares, histórica obstétrica, o tipo de método contraceptivo usado, hábitos de vida e finalidade da consulta. No decorrer da consulta foram sendo fornecidas as informações precisas a cada mulher tendo em conta as suas necessidades e esclarecendo as dúvidas existentes, providenciando informação a fim de contribuir para decisões conscientes sobre a sua saúde reprodutiva e sexual. Neste âmbito, nas consultas de PF destaca-se o tipo de contraceptivos usados. Verificou-se que as mulheres não têm conhecimentos sobre o ciclo menstrual, além disso, tomavam de forma errada o contraceptivo oral. Foram realizados ensinamentos, transmitindo informação sobre o ciclo menstrual e a importância de tomar de forma correta o seu contraceptivo, no final, as informações eram validadas a fim de perceber se tinha sido compreendido ou não, o que se constitui numa intervenção educativa. Tais intervenções refletem a capacidade de identificação de riscos por parte do EEESMO. Neste tipo de consultas, foi aproveitado o momento para promover estilos de vida saudáveis sendo

reflexo de cuidados de qualidade, no que remetia ao consumo de nocivos, alimentação equilibrada e a prática de exercício físico. Pelo que foi exposto, tais pontos se enquadram na promoção de decisões esclarecidas no âmbito do PF e saúde pré-concepcional, fornecimento de apoio face aos métodos contraceptivos tendo em conta o perfil de cada mulher e o supervisionamento da sua utilização (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio).

Face ao período pré-concepcional, foi realizada uma consulta a um casal que pretendia engravidar, mas, após várias tentativas, não obtiveram sucesso. A respeito da situação, tentou-se perceber os hábitos de vida, o tipo de profissão e as suas rotinas. Além disso, foram fornecidas informações sobre o ciclo menstrual da mulher e a sua janela de oportunidade para o momento da concepção. Ainda assim, foi realizado aconselhamento sobre atividades descontraídas para fazerem enquanto casal, desfocando-se da ideia de gerar uma vida, o que muitas vezes é um fator gerador de *stress*. Teria sido interessante ter acompanhado este caso, dado só ter tido contacto na primeira consulta, a fim de compreender o desenvolvimento e identificar a necessidade de cooperar com outros profissionais no que remete ao tratamento de problemas de fertilidade. Tal problemática se encontra exposta no Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio quando faz referência à concepção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções a mulheres com problemas de fertilidade tendo em conta o estilo de vida e necessidades do companheiro.

As consultas de vigilância pré-natal têm como propósito promover uma adaptação positiva da mulher/família à gravidez, permitindo avaliar a evolução da gravidez, promover a adoção de comportamentos de saúde, identificar e prevenir eventuais desvios da normalidade que coloquem em causa o bem-estar materno-fetal, promover o bem-estar físico, emocional e mental, e contribuir para um parto fisiológico através da capacitação da grávida (Cardoso *et al*, 2021). Tal como é preconizado pelo PNVGBR (2015) as consultas de vigilância pré-natal devem ser realizados em períodos concretos da gravidez, sendo que a 1ª deve ser realizadas até às 12 semanas de gravidez, e daí em diante a cada 4-6 semanas até as 30 semanas, a cada 2-3 semanas até às 36 semanas e até ao momento do parto, a cada 1-2 semanas.

As consultas realizadas foram maioritariamente no 1º e 2º trimestres, adequando as intervenções a cada trimestre tendo em conta as suas particularidades, sempre com o apoio essencial da EEESMO cooperante. As consultas iniciavam-se com a avaliação dos sinais vitais, seguido do peso, avaliação da altura uterina, manobras de *Leopold* e auscultação da frequência cardíaca fetal com o *doppler* dependendo da idade gestacional. Para além disso, foi sempre estabelecido um diálogo aberto a fim compreender os padrões de vida da grávida e da dinâmica do casal. Toda a colheita de dados foi registada em sistema informático *SClinico*, bem como no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). No final de cada consulta existiu sempre momento para esclarecimento de dúvidas que pudessem existir, assim como validação dos ensinamentos que eram efetuados. Tais intervenções do EEESMO reforçam a importância da identificação de potenciais

complicações e na monitorização do bem-estar materno-fetal. A missão do EEESMO centra-se no auxílio das transições, a saúde na gravidez destaca-se pela sua adaptação às novas circunstâncias, incorporando novas reformulações sobre si e desenvolvimento de novas capacidades superando eventuais conflitos que possam surgir (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Muitas das grávidas eram africanas e foram detetados alguns desvios no que toca ao padrão alimentar de cada uma delas, existindo carência de alguns macronutrientes. Sabe-se que a qualidade dos alimentos em consonância com a ingestão adequada de macro e micronutrientes durante a gravidez é fundamental para o estado de saúde da mãe e do filho a curto e a longo prazo. O padrão alimentar deve incluir um elevado consumo de frutas, legumes, leguminosas, cereais integrais, peixe, carnes não processadas, laticínios e água. Torna-se, portanto, crucial que a grávida seja capaz de escolher os alimentos para uma alimentação saudável, identificar a quantidade e qualidade de refeições recomendadas e gerir o aporte de nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Foram sendo interrogadas questões direcionadas à expressão da sexualidade de cada grávida, não existindo muita abertura por parte destas. Contudo, foi promovido o diálogo expondo os benefícios de uma sexualidade saudável, sendo uma componente essencial para a conjugalidade durante a gravidez. Todo o prazer que pode advir de práticas relacionadas com intimidade, prazer e proximidade traduzem-se em bem-estar para a grávida e respetivo casal (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Foi sendo reforçado a cumplicidade, a comunicação e a confiança em casal, de forma que esta temática fosse sendo encarada de forma fluida ao longo da gravidez. Por isto, e tendo acesso ao arquivo de folhetos existentes no serviço, constatou-se que estes já se encontravam desatualizados. Desta forma, foram elaborados dois folhetos, um direcionado ao padrão alimentar da grávida e outro direcionado à sexualidade de forma a dar um contributo à unidade funcional, ambos se encontram em Apêndice IX.

Outra experiência muito rica foi a oportunidade de assistir e ter intervenção ativa nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) conduzido por uma EEESMO. Estes foram presenciados numa Unidade de Cuidados na Comunidade tendo como objetivo a preparação do casal grávido para um parto fisiológico capacitando este para assumir escolhas seguras, informadas e conscientes. Todos os casais têm o direito de ter acesso a este, permitindo a expressão de experiências e o esclarecimento de medos, dúvidas e receios sendo um ambiente em grupo marcado pelo suporte mútuo (PNVGBR, 2015). Estes apresentam uma forte componente teórica com abordagens de temáticas relativas à gravidez, parto e pós-parto incluindo sessões práticas de exercícios. No fundo, com a existência destes cursos preconiza-se preparar os futuros pais para o parto e transição para a parentalidade, onde recebem informação necessária ao processo de tomada de decisão no que remete ao TP, gestão da dor, cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno (PNVGBR, 2015). Tais cursos, levam à reflexão em casal sobre a transição de papéis que atravessam, auxiliando na nova dinâmica

familiar e nas responsabilidades parentais. Neste ponto, o EEESMO assume uma atuação completamente autónoma, onde se destaca o seu papel na promoção de uma gravidez saudável sendo um agente facilitador na adaptação dos processos relacionados com a parentalidade.

Validou-se junto da EEESMO que geria, orientava e estruturava os cursos, como era realizada a organização dos grupos. Esta inicialmente realizava uma entrevista junto da grávida de modo a conhecer o casal. As aulas eram realizadas numa sala bastante acolhedora com luz natural e várias mensagens e imagens alusivas à parentalidade, possuindo todos os objetos para a realização das aulas práticas. Foi-me disponibilizada a estruturação do curso com as diversas áreas a serem abordadas em cada aula. O curso funcionava duas vezes por semana com duração de cerca de 2 horas. Foi possível acompanhar um grupo em continuidade, constituído por 12 grávidas, nem sempre se observou a presença do companheiro. Dada a estruturação rígida do curso, para além da minha exposição de conhecimento e prática relacionada com o universo da obstetrícia, fui intervindo de forma ativa face aos meus conhecimentos e às práticas vigentes tendo em conta o meu percurso profissional. Para além disso, em articulação com a EEESMO foi-me proposto a lecionação da aula referente à gestão da dor durante o TP que se encontra em Apêndice X. No que remete à sexualidade verificou-se que apenas se aborda os aspetos relativos à contraceção no pós-parto. A meu ver, encontra-se muito limitativo e poderia ser mais explorado, contudo dada a restrição de horas foca-se em assuntos mais práticos.

Ainda referente ao período pré-natal, é preconizado que o EEESMO planeie, avalie e implemente intervenções à grávida com patologia associada (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). Clarificando, existem fatores de risco relacionados com condições de saúde preexistentes, história obstétrica, doenças que se desenvolvem com a fisiologia da gravidez, riscos sociais, emocionais e psicológicos que carecem de um acompanhamento rigoroso e diferenciado a nível hospitalar, o que se reflete a nível da periodicidade das consultas, exames laboratoriais e ecográficos (DGS, 2023). Face a isto, correspondeu-se ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da grávida/casal/família em situação de risco”.

Esta área foi experienciada em âmbito hospitalar, em contexto de consulta externa, numa região distrital abrangendo cerca de 184,5 mil habitantes. O serviço de consultas externas foca-se nas áreas de obstetrícia, ginecologia e senologia. No serviço, existe um gabinete destinado às consultas de enfermagem conduzidas por EEESMO e dois gabinetes médicos.

As consultas designadas de “Alto Risco”, referentes à vigilância acrescida, eram realizadas e conduzidas pelas EEESMOS, conferindo um acompanhamento especializado. A equipa que realizava as consultas era a do bloco de partos, contudo apenas três desta eram destacadas para tal. O horário era bastante reduzido, e apenas semanalmente era possível estar ocorrente da quantidade e tipo de consultas que iam ser realizadas o que se tornou limitativo ao processo de aproveitamento de experiências. No total, foram realizadas 84 consultas de alto risco e as patologias major presentes eram: idade materna, diabetes gestacional, diabetes

preexistente à gravidez, hipertensão arterial crónica, hipotireoidismo, gravidez derivada de fertilização *in vitro*, doenças do foro psíquico e grávidas que apresentavam alterações na anatomia do colo do útero e útero, tais como miomas uterinos ou conização. De referir que uma vez por semana, havia um dia destinado às consultas de diabetes gestacional e diabetes prévia à gravidez. Consistiu numa consulta muito rica pois os eram realizados ensinamentos muito específicos tendo em conta o padrão alimentar da grávida e ainda, instruía-se cada uma delas a manipular o glucómetro, a avaliar as glicemias capilares e a efetuar o registo no seu livro individual de forma a ter um controlo.

Nas consultas de alto risco, inicialmente recolhiam-se dados pessoais, incluindo antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, e respetivas informações sobre o decurso da gravidez. Recolheu-se ainda informações sobre os hábitos e o tipo de estilo de vida de forma a promover alterações benéficas à sua saúde atual. Foi contemplado a interpretação de exames complementares de diagnóstico, a monitorização do peso e altura, a realização de exame cardiotocográfico, o recurso às manobras de *Leopold* e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, permitindo a identificação e monitorização da saúde materno-fetal através de meios clínicos e técnicos. Em todas as consultas se tentou avaliar o bem-estar psicológico da grávida a fim de identificar desvios da normalidade. Além disso, tentou-se perceber a sua rede estrutural de apoio e as suas perceções e expectativas face à gravidez. Neste âmbito, explorou-se os desconfortos sentidos mediante o trimestre da gravidez, promovendo e expondo as medidas de alívio destes. No final da consulta, era preenchido o BSG e registadas todas as informações em processo clínico no programa *SClínico*.

Foi neste contexto que foi realizado, em consonância com enfermeira orientadora, a estruturação de um marcador relacionado com a sexualidade para o livro de registo de glicemias capilares das grávidas, tendo sido disponibilizado junto destas. Este marcador detinha um impacto visual através das palavras que lá estavam expostas de forma a incentivar a prática positiva da sexualidade, o mesmo encontra-se exposto no Apêndice XI. Paralelamente, foi realizada uma sessão individual com três grávidas e um casal de educação para a saúde, expondo os aspetos inerentes à vivência da sexualidade durante a gravidez. As grávidas mostraram-se bastantes abertas à temática e foi possível trocar perspetivas. O guia orientador da sessão encontra-se em Apêndice XII.

Ainda no âmbito da consulta externa, foi possível conduzir consultas de avaliação do bem-estar fetal. Estas eram grávidas de termo que eram referenciadas, pelo médico de família, para o contexto hospitalar da sua residência para realização de cardiotocografia e avaliação dos sinais vitais.

No mesmo serviço, encontram-se dispostos três gabinetes destinados à realização de consultas no âmbito do diagnóstico pré-natal, onde é possível realizar exames invasivos. Para esta área são encaminhadas as grávidas que apresentam fatores de risco tornando-se

necessário a realização de exames a fim de identificar o risco de o feto vir a desenvolver e/ou apresentar malformações ou trissomias. Tive oportunidade de acompanhar e apoiar na realização de cinco amniocentese, tais foram realizadas, após decisão materna, por idade materna avançada e alterações ecográficas, nomeadamente no aumento do valor da translucência nucal.

Perante tudo o que foi sendo mencionado, foi possível cumprir com as competências A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 do RCCEE (nº140/2019), perante o RCEEESMO (nº391/2019) foram atingidas as competências que remetem para os pontos 1. e 2.

3.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Este ensino clínico, decorreu numa instituição hospitalar, no serviço de bloco de partos (BP) tendo ocorrido desde o dia 19 de fevereiro até dia 4 de julho de 2024, abrange cerca de 234.739 mil utentes sendo destas 54.539 mil mulheres em idade fértil (Serviço Nacional de Saúde, 2025), este serviço dá resposta à especificidade do parto e de cuidados de saúde obstétricos e ginecológicos. O BP e o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia (SUOG) situam-se no piso 1. No SUOG existe um gabinete de triagem, dois gabinetes médicos e uma sala de apoio para a administração de medicação endovenosa e dois cadeirões para realização de CTG. Dispõe de uma copa, uma sala de enfermagem onde se encontra acondicionado medicação e material e onde são realizadas as passagens de turno em equipa. Existem cinco salas de parto individuais compostas pelo quarto, sob ambiente de cromoterapia e aromaterapia, uma casa de banho com duche para a realização de hidroterapia, e cada quarto dispõe de um equipamento para a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (RN). Face ao espaço de trabalho da equipa de enfermagem, este é um balcão em *open space* composto por 3 computadores onde se encontra a central de CTG, um ecrã grande de fácil visualização, com o recobro que tem capacidade para cinco camas, o que confere pouca privacidade às puérperas. Os registos são realizados a cada hora no sistema informático *SOARIAN*. Junto ao BP, existe a unidade de cuidados de neonatologia e o bloco operatório, tendo duas salas de bloco destinadas para a realização de cesarianas. A equipa é constituída por médicos obstetras/ginecologistas, anestesiológistas, enfermeiros de cuidados gerais, EEESMO, assistentes operacionais e assistentes administrativas. Este serviço dispõe de todos os recursos humanos, técnicos e materiais para assegurar a vigilância contínua do bem-estar materno-fetal.

Em cada turno, estão presentes seis enfermeiros: dois EEESMO para a sala de partos, um EEESMO para a triagem, um enfermeiro de recobro, um enfermeiro de apoio ao SUOG e ao bloco operatório, conferindo a função de circular em caso de cesariana, e um enfermeiro de bloco operatório, assumindo a função de enfermeiro de anestesia em caso de cesariana, dando apoio

na analgesia loco-regional durante o TP. Para estes últimos três postos referidos, nem sempre é um EEESMO que assume, podendo ser um enfermeiro de cuidados gerais. Este local realizou 2219 partos via vaginal e 621 partos distócicos por cesariana desde o dia 1 de janeiro de 2023 até dia 31 de dezembro de 2023 (Serviço Nacional de Saúde, 2024). Segundo o parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio a Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, verificou-se o cumprimento das dotações seguras, em que, um EEESMO assume duas parturientes que se encontram no 1º estágio do trabalho de parto, e um EEESMO assume uma parturiente em período expulsivo (2º estágio). Neste serviço, destaca-se o método de trabalho em equipa, direcionado para cada mulher. Este é caracterizado por um enfermeiro líder de equipa que planifica os cuidados, atribuindo cada mulher a um enfermeiro consoante as suas competências, bem como a rentabilização de recursos existentes. A aplicação deste método de trabalho confere a segurança e a continuidade dos cuidados prestados, caracterizado pela responsabilidade da gestão das dinâmicas de trabalho (Silva *et al*, 2021).

Face ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à grávida/parturiente/acompanhante admitida no BP/SUOG”, foi atingido ao longo do ensino clínico. O momento da admissão é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Iniciava com a minha apresentação à grávida/casal, com os princípios éticos e deontológicos, respeitando as expectativas de cada mulher, os seus medos e preferências. A comunicação assertiva e objetiva foi imprescindível, para estabelecer uma relação de confiança com a mulher/casal tornando-me na profissional de referência para estes.

Após a colheita de dados e observação das informações que constavam em cada BSG, realizou-se as manobras de Leopold, estas consistem num procedimento manual permitindo avaliar e caracterizar a posição fetal no útero (Sequeira *et al*, 2020). Tornou-se fundamental a análise de cada BSG a fim de recolher toda a história obstétrica atual, com dados de análises laboratoriais e dados das ecografias respetivas a cada trimestre, o que permitiu identificar se a gravidez foi vigiada ou não. Após isso, as grávidas ficavam monitorizadas por meio cardiotocógrafo de forma contínua, cerca de 30 minutos, antes da avaliação médica, para avaliação do bem-estar materno-fetal. De acrescentar que, ao longo das admissões, foi possível prestar cuidados a grávidas e parturientes com hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, colestase gravídica e rotura prematura de membranas pré-termo.

De referir que, na admissão no SUOG, caso fosse uma grávida de termo e uma gravidez de baixo risco, o EEESMO detinha toda a autonomia para proceder ao internamento em BP caso esta se encontrasse em trabalho de parto. Orientador disso, surge a norma n.º002/2023, de 10 de maio atualizada a 26 de março de 2024, que refere que o internamento hospitalar de uma grávida em trabalho de parto considerado de baixo risco pode ser efetuado por um EEESMO,

dando sempre conhecimento à equipa médica. Tal facto, confere a autonomia e a responsabilidade da conduta do EEESMO. É neste momento que se faz a ponte com a equipa médica no que toca às intervenções interdependentes, isto é, após análise do BSG, poderá existir necessidade de requisitar algum parâmetro para análise laboratorial por ausência de algum dado, sendo a equipa médica a responsável pela requisição.

Ao abrigo da lei n.º110/2019 de 9 de setembro, todas as mulheres grávidas admitidas no bloco de partos é-lhes garantida o direito ao acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo a equipa de enfermagem ter conhecimento dessa informação no momento da admissão. A presença de um acompanhante significativo para a mulher traduz-se numa estratégia humanizada na assistência obstétrica, permitindo que este participe de forma ativa no TP e parto através das suas ações de apoio quer físicas, quer emocionais (Paiva *et al*, 2023). Toda a equipa de enfermagem deve estar sensibilizada para esta questão, dado a presença deste ser uma intermediação na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Este proporciona conforto e segurança à parturiente que experiencia um momento sensível. Face a este ponto, promovi sempre a presença ativa do acompanhante, sendo um membro parceiro na minha prestação de cuidados no decorrer do TP. De mencionar que, nem sempre o acompanhante era o cônjuge da grávida, muitas das vezes era a mãe, tia ou irmã que estavam presentes.

É no momento da admissão no BP que se identifica a existência, ou não, de um plano de parto, formulado pela grávida. Constatei que as grávidas não tinham plano de parto escrito estruturado, o que permitiu que se consolidasse alguns aspetos, oralmente, junto da grávida a fim dos cuidados serem os mais individualizados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), o plano de parto é caracterizado por um planeamento do parto, idealizado pela mulher e respetiva pessoa significativa, tendo em conta as suas preferências, valores, crenças e desejos podendo ser escrito ou não. A mesma fonte defende que este deve ser construído ao longo da gravidez, sendo mutável no decorrer desta, contudo há que ter atenção a expectativas irrealistas. Este deve ser trabalhado em tríade, EEESMO- grávida- pessoa significativa, durante a gravidez a fim de gerir expectativas e sensibilizar para uma experiência de parto positiva tendo em conta os seus significados (Ordem de Enfermeiros, 2023). Os medos, receios, ideias e expectativas eram desconstruídos tendo em vista a planificação de cuidados direcionados àquela grávida. Todavia, foi possível abordar de forma oral as suas preferências e vontades, existindo respeito por estas no decorrer do TP, salvo exceções que existia risco para a grávida/feto. O que dá resposta à atuação do EEESMO em concordância com o plano de parto estabelecido pela mulher, garantindo as intervenções de qualidade e risco controlado (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio).

Após internamento no BP a apresentação do espaço físico e a exposição dos recursos existentes foi sempre prioritária reduzindo a ansiedade do casal, o objetivo era promover um

ambiente privado a fim de promover no casal segurança e relaxamento. Aqui, introduziam-se as estratégias de controlo da dor que o serviço tinha disponíveis. Estas medidas incluíam técnicas farmacológicas e não farmacológicas, dando à parturiente livre escolha. Entre elas o serviço disponha de aromaterapia, cromoterapia, hidroterapia, musicoterapia, bola de *pilates* e a analgesia loco-regional, sendo este último o mais utilizado sempre com consentimento da grávida. Foram sendo instruídos exercícios respiratórios e exercícios na bola de *pilates*. Face aos exercícios respiratórios, através da consciência do ritmo lento da respiração a mulher foca-se nesta e desvia a sua atenção da dor, induzindo uma sensação de calma e confiança (Cardoso *et al*, 2023). Em todas as situações, exceto quando a mulher se encontrava sob analgesia epidural, era proposto a ida ao duche. Isto porque a água promove a redução da tensão muscular induzindo uma sensação de alívio da dor (Cardoso *et al*, 2023). A deambulação, através da liberdade de movimentos, foi promovida e incentivou-se o acompanhante a realizar a massagem à parturiente. A massagem suave pode ser usada durante ou entre as contrações na área dolorosa, este é um método fácil que alivia a dor, promove o relaxamento muscular, reduz a ansiedade, e melhora a satisfação e humor maternos através da libertação de hormonas analgésicas (Cardoso *et al*, 2023). No que remete à liberdade de movimentos, sabe que nas posições vertical ou lateral a dor é sentida de forma menos intensa, é favorecida a circulação e oxigenação materno-fetal, facilitam a descida fetal e reduzem o trauma perineal, assim, as mulheres devem ser instruídas a adotar a posição em função do conforto sentido (Cardoso *et al*, 2023). Tais medidas eram implementadas tendo em vista a promoção do conforto e bem-estar da mulher e respetivo acompanhante (Regulamento n.º391/2019).

Por isto foi possível atingir as competências A1, A2, B2, B3, D1 e D2 do RCCEE (nº140/2019), no que remete ao RCEESMO (nº391/2019) foi possível cumprir com o domínio 3 e suas respetivas unidades de competência 3.1, 3.2, 3.3.

Remetendo para o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Parturiente/casal durante o 1º estágio do trabalho de parto” foi atingido no decorrer do ensino clínico. O TP é caracterizado por quatro estádios, o primeiro subdivide-se em fase latente, que compreende o apagamento do colo e a sua dilatação até aos 4cm, e a fase ativa, dos 5cm até à dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016). Considera-se a fase mais longa e trabalhosa do TP, carecendo de investimento e dedicação, quer da parte da parturiente, quer da parte do EEESMO. Neste momento foi sempre promovido um ambiente calmo e acolhedor permitindo que a parturiente expressasse as suas emoções, sentimentos e dúvidas, consistindo em medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e respetivo acompanhante (Regulamento n.º391/2019).

Durante estes contactos foi possível compreender como era a dinâmica de casal, sendo detetado a forma como cada um se envolvia através do apoio prestado. Desta forma, usei sempre palavras de incentivo ao momento que se avizinhava, trazendo-os à realidade que, em

momentos, passariam a ser pais, enfatizando a transição para a parentalidade. Através da realização dos registos em sistema *SOARIAN*, que são realizados a cada hora, e do registo escrito no partograma é possível acompanhar os cuidados de enfermagem especializados durante o processo do parto conferindo uma identificação e monitorização do TP, garantindo um ambiente seguro durante o percurso deste (Regulamento n.º391/2019).

Quanto às dificuldades que foram sendo sentidas, destaca-se a cervicometria, com a precisão da dilatação cervical e a variedade fetal. Todavia, com a prática e o número de situações experienciadas, foram sendo ultrapassadas. A avaliação do traçado cardiotocográfico, com a sua categorização, foi sendo interpretada sem dificuldades, detetando desvios e agindo, tomando medidas que revertessem a situação. Esta interpretação era realizada de hora a hora com registo em processo clínico. Um ponto menos positivo da monitorização externa contínua era o facto da presença de fios, o que limitava a liberdade de movimentos da parturiente.

Face a este objetivo, considero que cumpro com as competências A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 que constam no RCCEE (nº140/2019), tendo sido atingido as competências do domínio 3. Do RCEEESMO (nº391/2019).

No que remete ao objetivo preconizado “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à parturiente/acompanhante durante o 2º estágio do trabalho de parto”, foi alcançado com a realização de 50 partos eutócicos e 5 partos distócicos por ventosa assistidos. A Ordem dos Enfermeiros a 12 de maio de 2018 preconizou que o enfermeiro integrado no programa formativo da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica atingisse com rigor o número mínimo de 40 partos, tendo sido atingido pelos números expostos anteriormente.

O 2º estágio do TP, inicia-se quando a parturiente apresenta a dilatação completa, terminando com a expulsão do feto. Nesta fase, devem ser incentivados os esforços expulsivos eficazes, encontrando a posição mais favorável à sua realização (Fatia & Tinoco, 2016). Aqui, a otimização do conforto da parturiente foi crucial associada à eficácia da analgesia. Apresentei uma comunicação incentivadora, encorajadora e tranquilizadora a fim de promover o bem-estar. A realização de esforços expulsivos foi sendo realizada através da alternância de decúbitos, com a verticalização da parturiente e na ida à casa de banho. Ainda assim, foi sendo instruído sobre o tipo de respiração a ser realizado, promovendo o descanso entre as contrações.

Constatei que, nesta fase, a ansiedade e o medo se sobressaíram. Em todos os casos pedi que colocassem música que lhes fosse significativa deixando atuar ao longo de todo o momento. Esta intervenção terapêutica permitiu que a parturiente se concentrasse na música desfocando-se da dor e do medo, produzindo conforto, tranquilidade e bem-estar, humanizando o ambiente contribuindo para a redução dos níveis ansiedade e stress (Rosado, 2023). Ainda assim, a cooperação do acompanhante nas respirações com a parturiente foi eficaz.

Um dos constrangimentos sentidos foi a percepção do momento chave para o posicionamento da parturiente para o parto, pois dependia do plano em que se encontrava a apresentação, usando como referência o Plano de Lee, e a eficácia dos esforços expulsivos. Esta avaliação é bastante importante, dado evitar o posicionamento precoce, evitando a exaustão e o desconforto da parturiente. É neste momento que se avalia com mais precisão o tipo de estrutura pélvica materna em relação ao feto (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio).

Após a posição para o momento do parto, fui sempre mantendo a minha postura tranquila transmitindo segurança à parturiente/acompanhante, estando sempre atenta à monitorização cardiotocográfica sendo orientadora no momento da contração de forma a incentivar a força para a expulsão. A música manteve-se sempre presente e apenas existia uma luz amarela, com foco no períneo, promovendo um ambiente calmo. A decisão do tipo de posicionamento a adotar teve em conta o índice obstétrico (IO), o percentil, a variedade fetal e a bacia materna. As posições adotadas foram as de litotomia, semi-sentada e de decúbito lateral, de mencionar que o recurso ao arco foi mobilizado. Verificou-se que as parturientes não demonstravam preferências no tipo de posição a adotar no momento do parto.

No momento do nascimento aplicou-se as técnicas adequadas à execução do parto com apresentação cefálica (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio). A manobra de *Ritgen* foi usada na fase da extensão da cabeça permitindo a proteção do períneo. Validou-se a existência de circulares cervicais, sendo que, como eram circulares largas realizou-se a manobra de *Somersault*. Seguindo-se do desencravamento anterior e posterior do ombro, fui incentivando a uma respiração profunda dada a conexão do RN à mãe. Neste momento, avalei a adaptação do RN ao meio externo, procedi a uma expressão firme do nariz e boca de forma a eliminar os fluídos, invocando à mãe que agarrasse no seu RN, colocando-o de imediato em contacto pele a pele. Através destas medidas, após avaliação imediata do RN, promovi a adaptação deste ao meio extrauterino (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio). Cumprida a avaliação do bem-estar do RN, a laqueação tardia do cordão umbilical foi cumprida. A laqueação tardia do cordão, cerca de 1 a 3 minutos após o nascimento, permite a passagem dos componentes sanguíneos da placenta para o RN, o que aumenta as reservas de ferro no RN, sendo esta uma prática recomendada (Organização Mundial da Saúde, 2013).

Relativamente à realização de episiotomias e episiorrafias, foram no total 7. No período anterior ao parto era sempre exposta e esclarecida o recurso a este procedimento com o fim de obter o consentimento da mulher, para além do consentimento assinado aquando no momento de admissão no BP. A sua realização deve ser seletiva, colocando em análise a sua prática tendo em vista a prevenção de complicações *major*. Segundo Almeida (2025), a tomada de decisão sobre a realização de uma episiotomia é complexa e envolve fatores como, a experiência profissional, a confiança, os conhecimentos, condicionantes maternas e fetais, e ainda, o conhecimento e empoderamento da mulher. Assim, deve existir uma atenção cuidadosa e

individualizada e o tipo de avaliação que o EEESMO faz é crucial para identificar as necessidades das parturientes (Almeida, 2025).

Outro aspeto trabalhado foi a identificação de situações de risco que vão para além da intervenção do EEESMO, pedindo auxílio à equipa médica quando, após avaliação, a parturiente se encontrava em exaustão e a realização de esforços expulsivos eram ineficazes, com repercussões no bem-estar fetal. Tal situação dá resposta à identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da atuação do EEESMO (Regulamento n.º391/2019 3 de maio).

Foram atingidas as aptidões do RCCEE (nº140/2019) A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2, sendo possível alcançar os domínios da competência 3. do RCEEESMO (nº391/2019).

No que concerne ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à puérpera/acompanhante durante o 3º estágio do trabalho de parto” foi alcançado. O 3º estágio, designado de dequitação, ocorre desde a expulsão do feto até ao momento da saída da placenta, e é possível dividi-lo em dois momentos: um primeiro onde se dá a separação da placenta da parede uterina e a sua descida para a vagina, e o segundo caracterizado pela sua expulsão no canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). Segundo Sequeira *et al* (2020), o EEESMO deve assumir uma atitude expectante nesta fase, respeitando a fisiologia e estando alerta para os sinais indicadores do descolamento da placenta. Neste estágio, os sinais indicativos da dequitação observados foram a saída de sangue pelo introito vaginal e o prolongamento da saída do cordão. Como intervenções, foi sendo realizada uma pressão na região supra púbica, designada de manobra de *Kusther*, e ao mesmo tempo uma ligeira tração do cordão umbilical, caracteriza pela manobra de *Brandt-Andrews*, tendo sido pedido cooperação da parturiente para realizar uma força expulsiva. No momento da saída da placenta, com as duas mãos ia rodando no sentido dos ponteiros do relógio, manobra de *Dublin*, até à sua saída, visualizando a caída das membranas em gota. Após a exteriorização completa, procedi à observação pormenorizada da sua integridade. Não existiu nenhuma situação que carecesse de intervenção médica, nomeadamente no que toca a membranas fragmentadas.

Garantiu-se a formação do globo de segurança de *Pinard*, avalei as perdas hemáticas e procedi à administração da terapêutica ocitócica. De referir que, nos casos em que se constatou aumento das perdas hemáticas, útero pouco contraído e grandes múltiparas reforçou-se a terapêutica ocitócica com o fim de prevenir um quadro de hemorragia pós-parto. A grande maioria das dequitações realizadas deu-se através do mecanismo de *Schultze*.

Neste estágio, foi realizado a colheita de sangue do cordão umbilical para a tipagem fetal de mães com grupo sanguíneo negativo e 0 positivo. Não houve oportunidade de experienciar a colheita de sangue umbilical e do cordão umbilical para a criopreservação de células estaminais.

É após este momento que se inicia a inspeção perineal, avaliando a integridade do canal de parto e aplicando as técnicas de reparação (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio). A lesão

perineal carece de avaliação e classificação por parte do EEESMO com o fim de identificar o tipo de intervenção, adotando medidas que permitam a cicatrização, integridade e função dos tecidos lesionados. Os fatores que interferem no traumatismo perineal são: primiparidade, posicionamento materno, período expulsivo prolongado, macrossomia fetal e variedade fetal (Mascarenhas, 2020). Na reparação perineal, fui otimizando o conforto da puérpera através da administração de anestésicos locais (lidocaína) e analgésicos via epidural, ainda assim fui estabelecendo um diálogo de forma a descentralizá-la do procedimento, promovendo a admiração pelo RN. Dos 50 partos efetuados 16 foram períneos intactos, 23 necessitaram de reparação de grau I, 4 de reparação de grau II, e foram realizadas 7 episiorrafias. Com a prática a dificuldade na técnica da reparação perineal foi sendo aperfeiçoada, sempre com o apoio e validação da EEESMO que me estava a orientar. A técnica usada para reparar as lacerações do canal de parto foi a sutura contínua. Ao longo do percurso formativo, existiu oportunidade de treinar esta técnica nas práticas laboratoriais pela qualidade da sua aplicação tendo em conta as evidências científicas atuais, sendo a primeira escolha aquando da reparação dos tecidos do canal de parto. As evidências demonstram que a sutura contínua provoca menos dor e o recurso a fármacos analgésicos no pós-parto é menos, face às suturas com pontos simples. Esta caracteriza-se pelo uso de menos pontos de sutura, menos nós e menos fios no períneo proporcionando maior conforto à mulher (Camargo *et al*, 2015). Os mesmos autores defendem que, com a prática, esta técnica vai sendo realizada mais rapidamente face ao uso de pontos simples, para além disso, a nível de recursos materiais, é apenas usado um único fio.

Mais uma vez, foi possível consolidar as competências do RCCEE (nº140/2019) A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2, sendo possível alcançar o domínio 3. na íntegra do RCEEESMO (nº391/2019).

Relativamente ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à puérpera/RN/ acompanhante durante o 4º estágio do trabalho de parto”, foi alcançado com êxito. Este estágio, designado de puerpério imediato, corresponde às primeiras duas horas após o parto, carecendo de vigilância rigorosa dado ser um período de risco para a ocorrência de complicações (Santos *et al*, 2020).

Sempre que foi possível, a vigilância dos cuidados prestados à díade puérpera/RN foi realizada por mim, com o fim de manter a continuidade da prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo do TP. Nesta fase, para além da prevenção de complicações, a promoção da autonomia da puérpera no seu autocuidado e nos cuidados ao RN deve ser alvo de atenção, reconhecendo a sua individualidade, adequando os cuidados às suas necessidades e expectativas (Santos *et al*, 2020). Considera-se que neste período deve ser promovido um ambiente calmo e tranquilo, recheado de conforto, a fim de obter uma transição saudável para a díade. Destaca-se a amamentação e os cuidados ao períneo como ponto principal da educação para a saúde no 4º estágio do TP.

Em todos os casos, o aleitamento materno iniciou-se na primeira hora de vida do RN, onde avalei a pega do RN, corrigindo-a quando necessário, os reflexos de procura, sucção e deglutição e ajustei a posição da puérpera a fim promover o seu conforto. Tal permite dar resposta à implementação e avaliação de intervenções de promoção e apoio face ao aleitamento materno (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). Não existiu nenhuma situação em que a puérpera não desejasse amamentar.

O contacto pele-a-pele foi igualmente respeitado, salvo exceções em que o RN apresentava sinais de dificuldade respiratória e/ou gemido, o que implicava o seu aquecimento em berço aquecido e monitorização, a título de exemplo. Estas situações foram identificadas e sinalizadas junto da equipa de neonatologia, cooperando com outros profissionais no tratamento da estabilidade do RN (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio). Após a sua estabilização era colocado junto da puérpera o mais precoce possível.

No nascimento, era avaliado o Índice de Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração (APGAR) ao 1º, 5º e 10º minuto, procedendo-se à identificação do RN com colocação de duas pulseiras, onde se realizou a dupla validação dos dados com a puérpera, administrou-se a vitamina K via intramuscular, após consentimento dos pais e avaliou-se o peso. Ainda assim, era igualmente colocada uma pulseira de segurança, denominada de anti raptó. Ainda referente à prestação de cuidados imediatos ao RN foi realizado o exame objetivo com o fim e despistar malformações. Em todos os partos se incentivou a integração do acompanhante nos cuidados ao RN.

Quanto à avaliação da puérpera, duas horas após o parto, esta foi realizada de forma céfalo-caudal, onde se incluiu a coloração da pele e mucosas, os parâmetros vitais, a integridade das mamas e mamilos, a altura do fundo uterino, o estado do períneo e respetiva reparação deste, as características das perdas hemáticas vaginais, eliminação urinária, membros inferiores e remoção do catéter epidural. Após a avaliação, quer do RN, quer da puérpera, sem intercorrências, ambos eram transferidos para o serviço de internamento de puerpério.

Face à temática da sexualidade em estudo, em acordo com a chefe de enfermagem do BP, foi realizado um *poster* para afixação na sala de espera do SUOG . Este remetia para a temática da sexualidade e encontra-se em Apêndice XIII para consulta. O local foi estratégico a fim de despertar a reflexão e o interesse pelo tema enquanto aguardam por observação na sala de espera do SUOG. Além disso, junto da equipa de enfermagem, disseminou-se os resultados obtidos na realização da *ScR*. Todavia, constatei que a equipa do bloco de partos não se encontra desperta para esta temática neste estadió do ciclo de vida da mulher. Isto porque abordar a sexualidade no TP e parto não é uma tarefa fácil e ainda não é bem reconhecida na sociedade ocidental (Sousa, 2024). O mesmo autor defende que o parto em si é considerado um evento sexual, contudo é visto como um evento fisiológico meramente doloroso, caracterizado por medidas medicalizadas e pouco prazerosas.

Em termos práticos, no caso da episiotomia, existe um dano físico na musculatura do assoalho pélvico que desempenha um importante papel na sexualidade, conferindo proteção no ato sexual. Tal procedimento pode refletir-se na mulher através de hematomas, dor, dispareunia, alterações anatómicas na vagina, e afetar a sua autoimagem e autoestima influenciando o modo como exerce a sua sexualidade no pós-parto (Sousa, 2024). Interessante é estabelecer o paralelismo entre as hormonas envolvidas no prazer sexual e as que são libertadas durante o nascimento, isto porque os órgãos sexuais da mulher são estimulados e as hormonas sexuais são acionadas no parto. Destacam-se a ocitocina, beta-endorfinas, adrenalina, noradrenalina e prolactina (Sousa, 2024).

A existência de um ambiente favorecedor de intimidade e privacidade, a discussão do plano de parto, a existência de EEESMO com atitudes positivas face à sexualidade e a abordagem de uma educação pré-natal eficaz são fatores promotores de uma experiência positiva. O reconhecimento das componentes sexuais do parto, permite que os EEESMO proporcionem ambientes sensíveis e empoderadores, motivando relacionamentos sexuais plenos, quebrando o estigma cultural a fim de aumentar a possibilidade de um parto prazeroso. Destaca-se, portanto, a necessidade de incorporar a relação entre a sexualidade e o nascimento na educação formativa e profissional dos EEESMO, bem como o investimento na educação pré-natal do casal (Sousa, 2024).

Deste modo, foi cumprida a aquisição de competências do RCCEE (nº140/2019) A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2. Face ao RCEESMO (nº391/2019) foi alcançada a unidade de competência 4.

3.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

Face a este contexto clínico, foi desenvolvido no internamento de puerpério num hospital de gestão privada. Este internamento acolhe igualmente mulheres com problemas do foro ginecológico que necessitem de cuidados vigiados. O serviço está organizado em duas alas com cerca de 15 quartos cada uma. Cada quarto é individual, conferindo privacidade à tríade, e apresenta uma casa de banho com chuveiro. Existe ainda uma sala, equipada com computadores para realização de registos, armazenamento e preparação de terapêutica e onde se realiza a passagem de turno. Junto a esta, existe uma outra sala destinada à prestação de cuidados ao RN e preparação de leite adaptado. Quanto à equipa, esta é rotativa com o serviço de BP, predominando a existência de enfermeiros de cuidados gerais. Aqui emerge a necessidade de assegurar, pelo menos, um EEESMO neste tipo de serviço pelo perfil de competências especializadas. Para cada ala, existem dois enfermeiros. Verificou-se que o

método de trabalho adotado era o método de trabalho individual, caracterizado pela atribuição de um determinado número de clientes a um enfermeiro. Este centraliza as necessidades dos clientes conferindo uma individualização no plano de cuidados a serem prestados (Silva, 2017). De referir que o serviço era ainda composto por assistentes operacionais, administrativas, pediatras e obstetras.

Face ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à puérpera/RN/pai no período pós-natal”, foi sucedido. Neste período pós-natal, dá-se enfoque ao puerpério precoce, até ao final da primeira semana, e ao puerpério tardio, até ao final da sexta semana após o parto (Ferreira, 2016). Aqui assegura-se a continuidade do processo de prestação de cuidados direcionado à adaptação fisiológica, emocional, funcional e social, caracterizado pela aquisição de um novo papel. Relativamente ao puerpério precoce, evidencia-se a preparação da alta hospitalar, com a preparação do regresso a casa, avaliando o bem-estar físico, emocional e social da tríade, detetando e corrigindo eventuais situações desviantes de risco e identificando as necessidades existentes na tríade. No fundo, é um período de capacitação para o casal, onde se destaca a educação para a saúde. No âmbito das temáticas abordadas destacam-se orientações sobre higiene, cuidados ao RN, prevenção de quedas, aleitamento materno e recuperação pós-parto. Tudo isto de forma a implementar intervenções que dão resposta às necessidades da puérpera e do RN, promovendo a decisão esclarecida, focando-se no apoio da puérpera face ao autocuidado e nos cuidados ao RN (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio).

Os cuidados prestados foram transversais aos realizados no BP no puerpério imediato, no que concerne à avaliação da puérpera. De acrescentar que, no caso de o parto ter sido uma cesariana, era realizada a avaliação da sutura operatória e do respetivo penso cirúrgico. Ainda assim, outras intervenções realizadas foram o primeiro levante, após as 4h/6h pós-parto consoante o tipo de parto, e o acompanhamento da primeira micção de forma espontânea tendo em vista a promoção da autonomia da puérpera.

Quanto aos RN foi possível realizar dois testes de rastreio precoce, que segundo a INSA (2023), tem como fim rastrear a existência de doenças raras, evitando a sua evolução através da implementação da terapia apropriada. Este tem-se vindo a revelar eficaz a nível clínico e epidemiológico pela sua cobertura de quase 100% e o tempo de início do tratamento. O rastreio cardíaco ao RN foi outra intervenção adquirida após as 24h de vida, este consiste na avaliação da oximetria de pulso, quantificando a hipoxia, sinal este característico na existência de cardiopatias (Sequeira *et al*, 2020). Para além disso, após as 24h do nascimento, procedia-se à administração da vacina da Hepatite B com o seu registo no boletim de vacinas e boletim de saúde infantil, consoante preconizado no Programa Nacional de Vacinação (2020).

Ao longo do contacto com a tríade, foi sendo desenvolvido um diálogo aberto onde era possível recolher informações, esclarecer dúvidas e realizar ensinamentos com o devido

aconselhamento. Os ensinamentos instruídos remetiam para as características dos lóquios, duração e sinais de alarme, no caso de existir ferida cirúrgica ou reparação do períneo eram sinalizados sinais de alerta como cheiro fétido, dor, rubor e calor na região. Relativamente à amamentação, considerei que foi a área que mais dúvidas suscita nas puérperas. Foram sendo indicadas novas posições com a observação da mamada, realizou-se a monitorização das mamadas, e foram sinalizados os sinais de alarme para a prevenção de complicações, nomeadamente no caso das mastites, conferindo apoio na promoção do aleitamento materno (Regulamento n.º391/2019). Nos casos em que o RN se encontrava na neonatologia, promovia-se a extração com bomba, onde se acondicionava o leite materno que seguiria depois para a neonatologia. Para as mulheres que não amamentavam ou era necessário realizar suplementação com leite artificial pelo peso do RN, eram concretizados ensinamentos de como proceder à alimentação, quer através da tetina, seringa ou copo. De mencionar que, eram avaliadas as glicemias capilares às 4h e 6h horas após o parto dos RN e puérperas com diabetes/diabetes gestacional, e ainda dos que apresentavam peso superior a 4kg e inferior a 2,5kg pelo seu risco acrescido de hipoglicemia.

Referente aos casos em que o RN se encontrava em vigilância na neonatologia, foi sendo disponibilizado apoio emocional, recorrendo à escuta ativa. Permiti sempre que expressassem as suas emoções, angústias e medos de forma a dispor palavras que confortassem, a fim de tranquilizar e promover a estabilidade emocional. Incentivei o casal a realizar visitas regulares à neonatologia.

Referente aos cuidados ao RN, o ensino do primeiro banho foi destacado pela dinâmica entre a tríade. Antes do banho era realizada a pesagem do RN. Muitos dos casais preferiram observar a forma como dava o banho, outros escolheram ser eles próprios a dar o banho seguindo as minhas instruções e com a minha supervisão. Neste momento, eram realizados ensinamentos sobre a limpeza do coto umbilical, micções, dejeções e mudança da fralda. À semelhança das mamadas, também as eliminações do RN eram monitorizadas ao longo do turno. Em alguns casos, identificou-se a necessidade de realização da massagem abdominal, onde oportunamente foram realizados ensinamentos sobre esta técnica.

No momento da alta, por norma ao fim de 48h a 72h, era disponibilizada uma *check-list* (protocolo do serviço) para os casais preencherem a fim de identificar as suas dúvidas para esclarecimento antes de saírem do serviço. Ainda assim, neste momento, era fornecido um livro com informações relativas a autocuidados da puérpera e do RN para consulta no domicílio.

A educação para a saúde nesta fase, permite o empoderamento do casal para a prestação de cuidados ao seu RN e o próprio autocuidado e autonomia da puérpera. O EEESMO apresenta um papel fundamental de suporte, promovendo o desenvolvimento de competências e de autoconfiança na puérpera. Através do seu saber científico, transmite informações, valida-as e fornece o seu apoio (Sendas & Freitas, 2022).

Ainda no âmbito pós-natal, foi possível, em contexto da comunidade, prestar cuidados a duas puérperas no período do puerpério tardio, entre a 4ª e a 6ª semana após o parto. As consultas iniciavam-se com perguntas abertas a fim de identificar desvios da normalidade e dúvidas/necessidades que a puérpera apresentava. Sendo possível identificar o estado de saúde da puérpera e do RN, orientar e apoiar a mulher no cuidado ao seu RN, identificando eventuais complicações (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). Era consultado o processo clínico e o BSG a fim de ter conhecimento da história obstétrica, seguindo-se para a avaliação física com inclusão da avaliação da pele e mucosas, peso, sinais vitais, estado das mamas e avaliação do períneo e do fundo uterino. Eram questionados assuntos que remetiam à sexualidade, suporte familiar e dinâmica familiar. A avaliação do estado emocional da puérpera foi prioritária com o fim de identificar alterações do bem-estar psicológico, ponderando a sua referenciação para a consulta de psicologia. Após o término da consulta, preencheu-se os dados no BSG e procedeu-se ao registo em sistema informático *SClínico*.

Integrando a temática da sexualidade, neste período pós-natal, o EEESMO deve realizar uma avaliação detalhada a fim de garantir que o casal está preparado para a vida sexual no pós-parto, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção e apoio na adaptação nesta fase (Regulamento 391/2019 de 3 de maio). O Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio expõe que o EEESMO deve informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período do pós-parto. A intimidade do casal neste período pode encontrar-se comprometida, pois o casal encontra-se focado no cuidado ao seu filho, existindo uma alteração de prioridades e interesses do casal. O puerpério caracteriza-se por um momento de alta intensidade de gestão de emoções. Os aspetos relacionados com a aceitação da autoimagem, derivado das alterações físicas que ocorrem no corpo da mulher, podem afetar a autoestima acarretando inseguranças na atitude da puérpera podendo afetar o modo como se relaciona com o seu parceiro (Pedrosa, 2024). O mesmo autor destaca estratégias que devem ser partilhadas junto da mulher de forma a auxiliar na gestão de emoções. Entre elas, enfatizam-se a comunicação em casal e o apoio disponibilizado pelo parceiro, promovendo o relacionamento e o bem-estar da mulher, o tempo individual para cuidar de si e, a aceitação das mudanças ocorrentes no pós-parto, adotando uma perspetiva positiva da sua autoimagem e autoestima. De modo a conferir vivências satisfatórias da sexualidade no pós-parto, o EEESMO deve providenciar conselhos sexuais, promovendo a satisfação das suas necessidades e o equilíbrio da vida familiar (Pedrosa, 2024).

Após isto, foi possível dar resposta às competências do RCCEE (nº140/2019) A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2, quanto ao RCEEESMO (nº391/2019) foi cumprido o domínio da competência 4.

3.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E CLIMATÉRIO

As competências direcionadas à ginecologia, em contexto do planeamento familiar e climatério foram desenvolvidas em dois contextos distintos. Um deles em contexto de consulta externa hospitalar no mesmo espaço físico da consulta externa de obstetria, e o outro na comunidade, na USF, onde foram realizadas as consultas de vigilância pré-natal. Em ambos os contextos se observou o método de trabalho individual. Este subcapítulo remete para os cuidados direcionados à mulher, a vivenciar processos de saúde/doença, no período fértil e no climatério tendo em vista potenciar a sua saúde. Foram delineados os objetivos “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da Mulher/família a experienciar processos de saúde-doença do foro ginecológico” e “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Mulher na comunidade”, ambos foram alcançados.

No contexto hospitalar, existiam vários gabinetes médicos com equipamentos para realização de exames específicos, sempre com o apoio de um enfermeiro. Neste existia um EEESMO e três enfermeiros de cuidados gerais. As consultas assistidas eram no âmbito do PF e ginecologia. Assistiu-se à realização de histeroscopias diagnósticas, e exames direcionados à patologia do colo do útero, nomeadamente, citologias cervicais, colposcopias e conizações. Estes exames realizavam-se essencialmente em duas salas: uma destinada à realização de histeroscopias, e outra destinada às mulheres com patologia cervical no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero. Estas mulheres situavam-se em idades superiores a 50 anos, e apresentavam características tais como, pólipos endometriais, alterações de citologia com necessidade de estudo aprofundado e portadoras do Vírus do Papiloma Humano (HPV) com necessidade de realizar biópsia das lesões ou conização. Estas mulheres, eram referenciadas para contexto hospitalar por apresentarem um resultado positivo para HPV de alto risco (estirpes 16 e 18), numa avaliação primária, ou, por outro lado, já serem portadoras do vírus necessitando de vigilância. O programa de rastreio do cancro do colo do útero é aplicável em mulheres com idade entre os 30 e os 69 anos, caso o resultado seja negativo este volta a ser repetido após 5 anos (DGS, 2024).

Os procedimentos foram sempre realizados pelo médico ginecologista, sendo a intervenção maioritariamente interdependente. Um dos aspetos favorecedores da aprendizagem foi a atenção que a equipa médica teve ao contextualizar o âmbito da consulta tendo em conta a história atual de cada mulher. Isto permitiu compreender as situações e consolidar conhecimentos práticos e científicos. Foi intervindo no sentido de preparar a mulher, monitorizar os seus sinais vitais, otimizar o seu conforto e apoiar. Ainda assim, fui preparando o material necessário ao procedimento e armazenei as colheitas biológicas, cooperando no diagnóstico de

afeções do aparelho genito-urinário (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio). De acrescentar que, no âmbito das mulheres que apresentavam patologia cervical, eram realizados ensinamentos referentes a hábitos de vida, nomeadamente alimentação, exercício físico, consumo tabaco e álcool, e vacinação. Saliento esta vertente de educação para a saúde, de forma a promover a saúde ginecológica (Regulamento n.º391/2019 de 3 de maio), como uma prestação independente e autónoma do EEESMO com o fim de capacitar a sua recuperação e autocuidado, para além da estipulação da relação terapêutica. A maioria destas mulheres apresentava muitas inseguranças e medos a respeito da sua saúde, existindo uma intervenção vincada de suporte, sendo uma medida implementada de suporte emocional e psicológico à mulher (Regulamento n.º391/2019).

No contexto da comunidade, foi possível realizar, de forma independente, as citologias cervicais no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero. Estas eram realizadas num gabinete próprio, pelo EEESMO. As intervenções passaram por preparar a mulher e posicioná-la, deixá-la confortável proporcionando um ambiente calmo, preparar o material e explicar o procedimento referindo o que iria sentir. Iniciava pela introdução do espéculo com o objetivo de visualizar o colo, aspeto este dificultador nos casos em que o colo se encontrava numa posição posterior. Foi gratificante poder realizar este rastreio e treinar a técnica, dado ser uma intervenção autónoma do EEESMO que integra a vigilância da mulher ao longo seu ciclo reprodutivo.

A população alvo eram mulheres em idade fértil e mulheres em fase pós-menopausa. Após o procedimento a amostra era identificada, e procedia-se ao preenchimento dos dados em *SClínico* e na plataforma *SiiMA*, representada por um sistema de informação que permite registar o circuito de programas de rastreio oportunistas e populacionais contendo a informação desde o convite para o exame até ao seu tratamento e referência. Ainda assim, no final do exame, eram apelados ensinamentos promotores da saúde sexual e reprodutiva.

Na consulta conduzida pelo EEESMO, totalmente autónoma, eram fornecidas recomendações de autocuidado de forma a promover a saúde. A sintomatologia e a qualidade de vida da mulher no processo de transição para o climatério exige uma reavaliação de si e um ajuste nas suas prioridades. A nível da relação conjugal, também esta necessita de reajustes de forma a manter ou melhorar a comunicação, a interação e o bem-estar (Presado, 2024). Constatei que os cuidados, nesta fase de vida da mulher, focavam-se no controlo de sintomas, não se privilegiando intervenções antecipatórias, evidenciando-se a necessidade de investir na investigação e formação dos profissionais de saúde.

Face à sexualidade, várias são as alterações vivenciadas, nomeadamente, os calores súbitos, sudorese, cefaleias, fadiga, irritabilidade, insónias, incontinência urinária, secura vaginal, dispareunia e diminuição da libido, a título de exemplo. Estes sintomas podem impactar aspetos da vida conjugal, profissional e familiar interferindo na expressão da sexualidade. Constata-se

que as mulheres estão pouco informadas sobre estas alterações, não existindo uma vigilância de saúde adequada (Presado, 2024).

Terminando, em ambos os contextos foi possível dar resposta às competências A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 do RCCEE (nº140/2019), e ainda cumprir com os pontos 5., 6. e 7. do RCEEESMO (nº391/2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização do presente relatório foi possível obter uma sistematização de todo o percurso realizado e dos objetivos delineados inicialmente, refletindo-se na aquisição de competências tendo em vista a aquisição do título de EEESMO. A conclusão deste ciclo de estudos representa não apenas o culminar de um percurso exigente, mas também reflete o compromisso com a promoção da saúde da mulher, e respetiva família, e da comunidade. Ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprofundei conhecimentos científicos, desenvolvi competências clínicas especializadas e refleti criticamente sobre as práticas que impactam diretamente o bem-estar físico, emocional, psicológico e social das mulheres em momentos importantes do seu ciclo reprodutivo.

Este percurso foi marcado por desafios, aprendizagens e conquistas que reforçaram a minha identidade profissional como enfermeira especialista. A investigação desenvolvida permitiu-me contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados, promovendo práticas baseadas na evidência, centradas na pessoa e culturalmente sensíveis. A experiência clínica, por sua vez, consolidou a minha capacidade de intervir com autonomia, responsabilidade e empatia em contextos complexos e multidisciplinares.

Quanto ao percurso clínico, sem dúvida alguma que o ensino clínico direcionado à prestação de cuidados no trabalho de parto foi a mais desafiadora pela autonomia, responsabilidade e tomada de decisão. O seu destaque é evidenciado pelo momento tão especial que é o nascimento de um filho, e ver o impacto que a minha conduta tem no casal, foi algo muito gratificante.

Quanto à temática que foi sendo abordada, esta foi de interesse pessoal, derivado do que fui constatando ao longo da minha prática profissional enquanto enfermeira, sentido necessidade de a explorar num regime mais específico de competências. O estudo desta, permitiu-me ter uma visão das várias componentes que abrangem a sexualidade mais específica e pormenorizada. Para tal, o desenvolvimento da ScR foi o ponto de partida para mapear o que existia em termos evidência científica, revelando contributos adequados e fáceis de colocar em prática. Como contributo do estudo qualitativo desenvolvido, acrescento apenas que, seria importante e necessário existirem estudos que refletissem a realidade de Portugal. Pretendo com isto, proceder à publicação da ScR desenvolvida contribuindo para o saber científico.

Sendo a minha temática a promoção de uma vivência plena da sexualidade do casal, ao longo da gravidez, definida por uma transição na individualidade de cada um, e consequentemente na dinâmica do casal que se constitui na díade, fez todo o sentido desempenhar os meus cuidados à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Tal contribuiu para que existisse uma transição positiva, repleta de empoderamento com capacidade para as tomadas de decisão conscientes e informadas da grávida/casal.

Pretendo destacar e dar conhecimento sobre esta temática pela sua essência que, atualmente, ainda vigora na sociedade como um tabu. Acredito ainda que, muitos dos contributos expostos, serão postos em prática pelos pares, na certeza de que, farão toda a diferença na vida das grávidas/casais. A aposta na formação contínua é outro aspeto que pretendo seguir, com a aquisição de conhecimentos da esfera da sexologia.

Em suma, os dois anos letivos que passaram foram um autêntico desafio à capacidade e persistência do meu ser. Constituíram-se num desafio, ao qual me orgulho, pela organização e gestão da carga horária e da vida pessoal. Encontro-me preparada para o início de uma nova etapa de carácter profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional* (1ª edição). Universidade Aberta.

Alizadeh, S., Riazi, H., Majad, H. A., Ozgoli, G. (2021). O efeito da educação em saúde sexual na atividade sexual, qualidade de vida sexual e violência sexual na gravidez: um estudo prospectivo randomizado e controlado. BMC.

Almeida, M. F. C. M. (2025). *Tomada de decisão para a realização de episiotomia: Intervenção do Enfermeiro Obstetra* [Relatório de Estágio para obtenção do título de Mestre, Universidade de Évora].

Bardin, Laurence - Análise de conteúdo. Trad. Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

Camargo JCS, Araújo NM, Ochiai AM. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; Morais SCR, Souza KV, Duarte ED, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-28. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 3).

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., Figueiredo, A. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas : Gravidez e Adaptação à Gravidez* (1). Ordem dos Enfermeiros.

Carrasco, F. J. F., Mey, U. G., Díaz, L. R., Lara J. M. V., Salgado, J. G., Carreño, T. P. (2019). Significado das mudanças de afeto durante a gravidez: Intimidade, Paixão e Compromisso. Espanha. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, 16.

Carteiro, D., M., H., Sousa, L., M., R., Caldeira, S., M., A. (2016). Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 165-173.

Carteiro, D., Néné, M. (2024). Sexualidade do casal na gravidez. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (pp.79-86). Lidel.

Costa, L., G., F. (2016). Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como Suporte Teórico para o Autocuidado de Enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145.

Costa, T., F., S. (2020). *A sexualidade feminina ao longo da gravidez* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior].

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.

Farajkhodaa, T., Ashrafib, F., Bokaiea, M., Mahmoodabadic H. Z. (2021). Programa de treino online comparado ao presencial para melhoria da intimidade sexual: Aconselhamento com abordagem cognitivo-comportamental em mulheres grávidas. *Sex and Marital Therapy*.

Fatia, A., Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M., A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-310). Lidel.

Ferreira, A., F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In Néné, M., Marques, R., Batista, M., A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.438). Lidel.

Ferreira, C., A., C., S. (2021). *Mudanças na Qualidade das Relações de Casal na Entrada para a Parentalidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].

Garcia, O., R., Z., Lisboa, L., C., S. (2012) Consulta de Enfermagem em Sexualidade: um instrumento para a assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 708-716.

Golmohamadi, F., B., F., Motaghi, Z., Keramat, A., Nazari, A. M., Talasaz, F., H. (2022). Efeito do programa de enriquecimento sexual na satisfação sexual de mulheres grávidas no Irão: Um ensaio clínico randomizado. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63, 549-556 .

INSA. (2023). Diagnóstico Precoce: Programa Nacional. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programanacional-de-diagnostico-precoce/>

Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M. (2020). Satisfação Sexual e de vida de mulheres grávidas. *Ciências da Saúde Africanas* 18(2).

Lei n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16 (pp.4147-4182).

Lei n.º110/2019. Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Série I de 2019-09-09 (pp. 94-101).

Maceiras, M., Ribeiro, J., C. (2016). Sexualidade na Gravidez. In Néné, M., Marques, R., Batista, M., A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 77-82). Lidel.

Marques, S., M., N. (2015). Atitudes dos Profissionais de Saúde Face ao Aleitamento Materno [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Martins, A., C., O. (2018). *Vivência da Sexualidade durante a Gravidez* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia /traumática – laceração de 1º e 2º graus). In Sequeria, A., Pousa, O., Amaral, C., F. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 142). Lidel.

Maya, E. T., Boamahl, M. O., Agyabeng, K., Srofennyoh E., Mumuni, K., Samba, M. (2023). Determinantes da disfunção sexual na gravidez num hospital terciário no Gana. *Public Library of Science* 18(7).

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Moreira, A., G., C., M., Henriques, C., M., P., Frias, A., M., A. (2022). Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal. 1, 86-100.

Mutlu, E. N., Guleroy, F. T. (2023).Efeitos dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual. *Rev. Assoc Med Bras.* 69(8).

Neto, M., A., V., F. (2014). Sexualidade na Gestação: Comportamento dos Casais e Atuação do Profissional de Saúde [Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia].

Norma 001/2023 da Direção Geral da Saúde (2023). Organização dos Cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério.

Norma 002/2023 da Direção Geral da Saúde (2023). Cuidados de Saúde durante o Trabalho de Parto.

Norma 09/2024 da Direção Geral da Saúde (2024). Programa de rastreio de base populacional do Cancro do Colo do Útero.

Oliveira, E., S., Menezes, T., M., O., Gomes, N., P., Oliveira, L., M., S., Batista, V., M., Oliveira, M., C., M., Chaves, A., N. (2021). Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, 1-8.

OMS. (2013). O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. OMS.

OMS. (2020). Saúde sexual, direitos humanos e a lei. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf?ua=1>.

Ordem dos Enfermeiros (2021). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA, obtido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guião de boas práticas: Promoção e preparação para o parto. Obtido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf.

Paiva, T. G. S., Leal, M. S. M., Silva, V. V., Silva, Y. M. R. S. (2023). O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society na Development*, 12(5).

Parecer n.º43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Cálculo de Dotações Seguras Nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Pedrosa, E. T. (2024). Sexualidade do casal no puerpério. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (pp.96-101). Lidel.

Peixeiro, A., R., M., Pereira, J., F., G., Frias, A., M., A., Barros, M., L., F. (2022). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal. 1*, 75-85.

Pinto, A., C., P., Mota, L., A., N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de *Scoping Review*. *Revista Científica Internacional*, 5(1).

Presado, H. (2024). Sexualidade do casal na menopausa. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (pp.103-113). Lidel.

Regulamento nº391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019/05/03. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019/02/06. Lisboa.

Ribeiro, O., M., P., L., Martins, M., M., F., P., S., Tronchin, D., M., R., Forte, E., C., N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-9.

Rosado, A., F., G., B., P. (2023). Cuidar com música- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto [Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém.

Sabogal, I., M., U., Rodríguez, L., M. (2019). Cuidado numa perspetiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta-Etnografia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 37(1). DOI: 10.17533/udea.iee.v37n1e03

Salema, A., A. (2024). Sexualidade e Psicologia. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (p. 32). Lidel.

Santos, E., J., F., Marcelino, L., M., M., S., Abrantes, L., C., B., Marques, C., F., F., Correia, R., M., L., Coutinho, E., C., Azevedo, I., C., S., C. (2015). O cuidado humano transicional como

foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium* , 49, 153-171.

Santos, M., J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A., P., Lopes, S. (2020). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C., F. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 187). Lidel.

Sendas, M., Freitas, M., J. (2022, dezembro). *As necessidades da mulher no período pós-parto: uma revisão scoping* [Póster]. Pensar Enfermagem, Lisboa.

Sequeira, A., Henriques, C., M., G., Seabra, A., Pousa, O., Sousa, C., Sobral, M., F. (2020). Avaliação da apresentação fetal e tamanho do bebé: Manobras de Leopold. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C., F. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 36). Lidel.

Sequeira, A., Prata, A., P., Correia, T., I., Henriques, C., M., G., Monteiro, M., J. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C., F. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 162). Lidel.

Sequeira, A., Seabra, Pousa, O., Correia, T., I. (2020). Rastreio cardíaco ao recém-nascido. In Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C., F. (Coord.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p. 279). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2024, novembro). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine=tempo=2023%2F12&q.timerange=tempo=%5B2023-01-01+TO+2023-12-31%5D>

Silva, J. M. A. V., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: *scoping review*. *Journal Health NPEPS*. 278-295.

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M. (2019). *Revista Investigação em Enfermagem*. 35-44.

Silva, M. T. M. C. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silveira, T., S., Cabral, F., D. (2021). Benefícios da Prática dos Exercícios de Kegel Aplicada em Gestantes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7, 392-406.

Sim-Sim, M., Dias, H. (2024). O legado da saúde e educação para a sexualidade dos portugueses: perspetiva histórica. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (p. 1). Lidel.

Sologuren-García G., Linares, C. L., Flores, J.R., Meija, C. R. (2020). Exercício da sexualidade em grávida de Tacna. *Ver. Chil. Obstete Ginecol* 85(6).

Sousa, G. (2024). Sexualidade do casal no trabalho de parto e parto. In Carteiro, D., Lourenço, H. (Coord.), *CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA* (pp.79-86). Lidel.

Sousa, R., A. (2013). Promoção de Competências na Parentalidade à Criança/Família em Transição [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.

Souza, D., G., Brandão, V., P., Martins, M., N., Morais, Jesus, N., O. (2021). *Teorias de Enfermagem: Relevância para a Prática Profissional na Atualidade* (1ª edição). Editora Inovar.

Tereso, A., F., B. (2013). *Sexualidade na Gravidez, Mitos e Realidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].

Ugwu, E. O., Dim, C. C., Eleje, G. U. (2023). Função Sexual durante a gravidez numa população nigeriana: estudo longitudinal. *Jornal Nigeriano de Prática Clínica* 26(5).

Valle, P., R., D., Ferreira, J., L., (2024). Análise de Conteúdo na Perspetiva de Bardin: Contribuições e Limitações para a Pesquisa Qualitativa em Educação. *SciELO Preprints*.

Apêndices

Apêndice I: Projeto de Estágio

Projeto de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Beatriz Neves de Matos

Orientação:

Professora Conceição Santiago

Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

DPP – Data Provável de Parto

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO – *Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics*

IG – Idade Gestacional

LIG - Leve para a Idade Gestacional

GIG - Grande para a Idade Gestacional

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Relatório e Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi proposto a elaboração de um projeto que espelhasse o processo de aprendizagem face à aquisição e desenvolvimento de competências tendo por base os Regulamentos de Competências Específicas e Comuns do EEESMO. Dividido em vários contextos, com objetivos e prestação de cuidados distintos pretende-se que sejam adquiridas competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializadas e de qualidade no âmbito do ciclo reprodutivo da mulher e sua família.

Para cada ensino clínico, é preconizado que se desenvolvam e adquiram competências técnicas, cognitivas e relacionais, integrando os conhecimentos vigentes e mais atualizados no âmbito da saúde materna e obstétrica. Ainda assim, a integração na equipa multidisciplinar é outra premissa importante, de forma responsável tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem. Estes organizam-se em gravidez patológica, ginecologia, comunidade e sala de parto. De mencionar que a orientação da unidade curricular está sob a orientação da Professora Conceição Santiago.

Em torno deste, resultou a temática “ A Intervenção do EEESMO na Promoção da Vivência da Sexualidade do Casal durante a Gravidez”. Tal temática emergiu pelo interesse pessoal e pela pouca evidência científica disponível acerca do papel EEESMO neste âmbito. Deste modo, foi realizada uma *Scoping Review*, em torno da temática pretendendo aplicar os seus resultados ao longo dos ensinamentos clínicos. Dado a sua particularidade por um período específico, a gravidez, preconiza-se estabelecer relação com as outras fases.

Será apresentado o plano de atividades tendo em conta os objetivos preconizados, pretendendo atingi-los, através das atividades expostas, levando à aquisição de competências práticas, relacionais, reflexivas e científicas, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº140/2019) e o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (nº391/2019).

1. Ensinos Clínicos

Serão descritos, de seguida, os vários contextos clínicos para cada área de atuação.

No âmbito de EEESMO em Ginecologia e EEESMO na Gravidez Patológica, o mesmo irá decorrer no período compreendido de 18 de setembro a 12 de novembro na Unidade Local de Saúde (ULS) Lezíria. Será um contexto de âmbito hospitalar remetendo para as consultas externas de Ginecologia/Senologia e Obstetrícia, respetivamente. Estes centra-se na gravidez patológica e na mulher a vivenciar o processo de saúde-doença do foro ginecológico, sendo preconizadas 150 horas e 50 horas, respetivamente.

Remetendo para a comunidade, o ensino clínico decorrerá numa UCC e USF pertencentes à ULS Estuário do Tejo, de 13 de novembro a 7 de janeiro. Para este, são preconizadas 150 horas.

Face ao EEESMO no Puerpério será realizado num hospital de gestão privada em Lisboa, no período compreendido de 8 de janeiro a 18 de fevereiro, apresentando 150 horas.

Por último, o de maior duração EEESMO no bloco de partos tem o seu início a 20 de fevereiro na ULS Loures-Odivelas. Este ensino clínico é o que detém mais horas, totalizando as 500 horas de contacto.

2. Plano de Atividades

De seguida, encontra-se exposto a planificação das atividades tendo por base os objetivos definidos, assim como as competências e os recursos mobilizados para tal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS/JUSTIFICAÇÃO	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	RECURSOS	DURAÇÃO
<p>Conhecer a estrutura física, organizacional e integrando a equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Receção no serviço; - Apresentação à equipa multidisciplinar; - Visita à estrutura física do serviço; - Consulta de instruções de trabalho, normas e protocolos existentes; - Apropriação das rotinas do serviço e suas normas de funcionamento; - Identificação do sistema informático dos registos e a sua exploração; - Conhecimento das situações mais comuns nos serviços; - Criar relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Identificação da rede de referenciação e seu acompanhamento à mulher/grávida/parturiente/mãe/recém-nascido. 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Especialista:</u> B1.1, C2.1, D2.3 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências</u> <u>Específicas do</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudante; - Equipa multidisciplinar; - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Cooperantes. 	<p>No decorrer do ensino clínico</p>

		EEESMO: 1.1., 2.1, 4.1, 5.1, 6.1 (Regulamento Nº 391/2019)		
Desenvolver competências cognitivas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais de acordo com a área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de áreas que carecem de formação/intervenção quer junto da equipa, quer junto do público-alvo dos cuidados; - Planeamento de uma sessão de educação para a saúde ou formação em serviço; - Validação da atividade junto da Professora, Enfermeira Chefe e Enfermeira Cooperante; - Pesquisa científica e aprofundada da temática selecionada; - Selecionar os recursos necessários para a formação/atividade. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.2, B3, C2.1, C2.2, D1 e D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2,</p>	<p>Humanos: Estudante Equipa multidisciplinar Enfermeira/o cooperante Enfermeira/o chefe Professora Público-alvo</p> <p>Materiais: O necessário a cada sessão</p>	No decorrer do ensino clínico

		5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7 (Regulamento Nº 391/2019)		
Consolidar e aplicar conhecimentos comunicacionais, científicos e cognitivos referentes à área de atuação tendo em vista a formação contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa nas diversas situações; - Mobilização de conteúdos no âmbito do planeamento familiar, pré-concepcional, pré-natal, pós-natal, climatério e em casos de processos de saúde-doença do foro ginecológico à/ao mulher/grávida/parturiente/mãe/recém-nascido/casal; - Aprofundamento e validação dos conhecimentos face aos cuidados à mulher/grávida/parturiente/mãe/recém-nascido/casal; - Mobilização do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, do Plano Nacional de Vacinação e Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; - Desenvolvimento do raciocínio perante as intervenções na prestação de cuidados; - Esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros cooperantes; - Elaboração e validação do projeto individual de estágio com a/o enfermeira/o cooperante e professora orientadora. 	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, B2, B3, D1 e D2 (Regulamento Nº 140/2019) <u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (Regulamento Nº 391/2019)	<u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira/o Cooperante; Intervenientes; Professora orientadora.	No decorrer do ensino clínico

<p>Adquirir e desenvolver competências práticas no âmbito da gestão de recursos materiais, humanos e dos cuidados do EEESMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração do modo de gestão de recursos humanos e materiais; - Observação dos diferentes postos e articulação da equipa no que toca às suas funções; - Apropriação do método de organização da equipa multidisciplinar; - Uso dos recursos materiais de forma consciente, sustentável e eficiente; - Planeamento e gestão dos cuidados enquanto EEESMO. 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Especialista:</u> B1, C1 C2, D1 (Regulamento N.º 140/2019)</p> <p><u>Competências</u> <u>Específicas do</u> <u>EEESMO:</u> 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. (Regulamento N.º 391/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira/o Cooperante; Intervenientes.</p>	<p>No decorrer do ensino clínico</p>
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico das mulheres; - Acolhimento da grávida/casal/família na consulta; - Realização de colheita de dados à grávida de forma a identificar as suas necessidades e intervir nesse âmbito; - Estabelecimento de uma relação terapêutica com a grávida/casal; - Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados; - Realização do exame físico da grávida; - Avaliação fetal: auscultação fetal, altura do fundo do útero, manobras de Leopold; - Realização de cardiocografia, quando aplicável, análise e discussão da caracterização do mesmo com a enfermeira cooperante; 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Especialista:</u> A1, A2, B3, C1 (Regulamento N.º 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar;</p>	<p>ESMO na gravidez patológica: de 2 de outubro a 12 de novembro</p>

<p>grávida/casal/família em situação de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na realização de exames obstétricos pela equipa médica, promovendo a privacidade e bem-estar da mulher grávida; - Observação das consultas médicas de diagnóstico pré-natal; - Observação de procedimentos invasivos, nomeadamente amniocentese; - Avaliação do estado emocional e psicológico da grávida, despistando precocemente sinais que possam comprometer o bem-estar; - Realização de ensinios à grávida direcionados a cada trimestre de gravidez; - Avaliação dos cuidados prestados à grávida/família validando a compreensão dos ensinios realizados; - Realização dos registos no programa e registo no Boletim de Saúde da Grávida; - Intervenção no âmbito da sexualidade. 	<p><u>Competências Específicas do EEESMO: 2.</u> (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Enfermeira Cooperante; Grávida; Casal.</p>	
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no cuidar da Mulher/família a experienciar processos de saúde-doença do foro ginecológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico das mulheres; - Acolhimento da mulher/família na Consulta; - Criação de relação terapêutica com a mulher/família; - Observação e colaboração na consulta médica à mulher com patologia de foro ginecológico e da mama; - Colaboração na realização de exames ginecológicos (colposcopias e histeroscopias) promovendo o bem-estar da mulher; - Prestação de escuta ativa e apoio emocional à mulher/família com patologia ginecológica/da mama; - Realização de ensinios pertinentes a mulher com patologia ginecológica/mama; - Realização dos registos de enfermagem no programa informático . 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</u> (Regulamento Nº 140/2019)</p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Mulher Família.</p>	<p>ESMO em Ginecologia: 18 de setembro a 1 de outubro</p>

		<u>Competências Específicas do EEESMO: 5., 6.</u> (Regulamento Nº 391/2019)		
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Mulher/grávida/casal/recém-nascido na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico das mulheres; - Acolhimento da mulher/casal na consulta; - Realização de colheita de dados; - Planeamento dos cuidados de enfermagem; - Realização de ensinamentos individualizados sobre: doenças preexistentes, estado nutricional, hábitos de vida saudáveis, vigilância da gravidez e aspetos sobre a transição para a parentalidade; - Estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher/casal - Esclarecimento de dúvidas da mulher/casal; - Colaboração na realização de procedimentos ginecológicos: citologias - Esclarecimento da mulher sobre os métodos contraceptivos disponíveis e fornecimento dos mesmos; - Observação e colaboração na colocação de implantes; - Realização dos registos de enfermagem no programa; - Participação nas atividades desenvolvidas no Curso de Preparação para a Parentalidade em conjunto com a enfermeira cooperante; - Consulta do processo clínico das mulheres; - Estruturação da Consulta de Enfermagem consoante a idade gestacional; - Acolhimento da grávida/casal; - Estabelecimento de uma relação terapêutica; - Validação da informação que a grávida/casal sobre os trimestres da gravidez, trabalho de parto e parto 	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</u> (Regulamento Nº 140/2019) <u>Competências Específicas do EEESMO: 1.,2.,4., 5., 6.,7.</u> (Regulamento Nº 391/2019)	<u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Mulher; Grávida; Casal; Recém-nascido.	ESMO na comunidade: de 13 novembro a 7 de janeiro

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção no âmbito de cuidados de enfermagem especializados face às necessidades identificadas; - Cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Prevista para o Parto (DPP) - Consulta dos exames realizados; - Realização do exame físico; - Auscultação fetal, altura do fundo do útero, perímetro abdominal, manobras de Leopold; - Identificação precoce de complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar fetal; - Realização de ensinios direcionados a cada grávida/ casal ; - Fornecimento de folhetos de forma a consolidar os ensinios à grávida/casal; - Prestação de informações à mulher grávida/casal sobre recursos existentes na comunidade; - Realização dos registos no programa e registo no Boletim de Saúde da Grávida (BSG); - Preparação e organização da consulta de Enfermagem à Puérpera/Casal e RN (recém-nascido); - Consulta do processo clínico das mulheres e dos RN; - Realização do Diagnóstico Precoce e observação do RN e Puérpera; - Acolhimento da díade/tríade; - Validação da informação que a mulher/Casal conhecem sobre puerpério e cuidados ao RN; - Realização de colheita de dados; - Avaliação da Puérpera: estado físico e psicológico e processo cicatricial do períneo ou abdómen, mamas, lóquios e altura do fundo do útero; - Remoção do material de sutura, se aplicável; - Identificação de problemas físicos e de sintomas reveladores de mau estar psicológico/emocional e respetivo encaminhamento, se necessário; 			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do RN no seu todo: peso e medidas antropométricas, comportamento, reflexos, amamentação, coloração, coto umbilical - Identificação de problemas com a amamentação ou complicações; - Observação da relação e interação da díade e tríade; - Discussão com a Puérpera/Casal das alterações psicológicas que podem ocorrer no pós-parto; - Realização de ensinamentos direcionados: sinais de alerta, contraceção, sexualidade; - Observação se oportuno da amamentação; - Validação dos ensinamentos realizados; - Realização dos registos de enfermagem no programa informático e registo no boletim de Saúde Infantil; - Intervenção no âmbito da sexualidade. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à puérpera/recém-nascido/pai no período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta do processo clínico da puérpera e do RN; - Acolhimento da puérpera/RN/pai no internamento, tendo em vista o respeito pela sua privacidade e intimidade; - Realização da colheita de dados e verificação das informações referentes ao parto e ao nascimento; - Realização do exame físico da puérpera, nomeadamente avaliação das mucosas, mamas, involução uterina, períneo, lóquios, episiorrafia ou sutura abdominal e presença de Sinal de <i>Homans</i>; - Monitorização dos sinais vitais da puérpera; - Avaliação do RN no seu todo: peso e medidas antropométricas, mucosas, comportamento, reflexos, amamentação, coto umbilical; - Avaliação da glicemia, aplicável nos casos em que o RN é Leve para a Idade Gestacional (LIG), Grande para a Idade Gestacional (GIG) ou filho de mãe com diabetes ou diabetes gestacional; 	<p><u>Competências</u></p> <p><u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u></p> <p><u>Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2</u> (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências</u> <u>Específicas do</u> <u>EEESMO: 4.</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>Estudante;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>Enfermeira Cooperante;</p> <p>Puérpera;</p> <p>Casal;</p> <p>Recém-nascido.</p>	<p>ESMO no puerpério: de 8 de janeiro a 18 de fevereiro</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação e cooperação com o casal de cuidados ao RN, face à higiene, troca de fralda, alimentação e vestir; - Prestação de técnicas de alívio de desconfortos: massagem abdominal e estimulação anal para alívio das cólicas; - Supervisão e colaboração nos primeiros levantes da puérpera, avaliando inicialmente os sinais vitais e sinais de complicações; - Prestação de medidas de alívio face à episiorrafia/ sutura abdominal, ingurgitamento mamário; - Apoio emocional à mulher puérpera/casal, demonstrando disponibilidade, escuta ativa e empatia; - Educação para a saúde, face aos cuidados de higiene ao RN, massagem para alívio das cólicas, amamentação/alimentação do RN, prevenção de acidentes, vestuário; - Transmissão de ensinamentos no que toca às características e duração dos lóquios, cuidados de higiene íntimos, cuidados com a sutura abdominal, redução dos desconfortos mamários, exercícios de <i>Kegel</i>, contração após o parto, consulta de revisão do puerpério e outras necessidades identificadas; - Validação da compreensão dos ensinamentos realizados; - Disponibilização de folhetos com informação dos ensinamentos ao casal; - Observação do comportamento da tríade; - Informação sobre as modificações psicológicas que podem ocorrer no pós-parto na puérpera; - Administração da vacina da hepatite B, caso aplicável, e registo no boletim de saúde infantil; - Realização dos registos no sistema. 	(Regulamento Nº 391/2019)		
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do acolhimento à grávida/ parturiente/acompanhante, efetuando a apresentação pessoal e da equipa, estabelecendo uma relação terapêutica. E ainda, demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e preocupações; 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u></p>	<p>Humanos: Estudante;</p>	

<p>relacionais nos cuidados de enfermagem à Grávida/parturiente/ acompanhante admitida no Bloco de Partos/Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição das normas de funcionamento do serviço e dos recursos físicos que dispõem à grávida/ parturiente/ acompanhante; - Identificação do estado emocional da grávida/parturiente/ acompanhante relativamente à gravidez; - Identificação das expectativas da grávida/parturiente/acompanhante no que respeita às suas expectativas sobre trabalho de parto e parto; - Identificação da presença de plano de parto e exploração do mesmo junto da grávida/parturiente/acompanhante face aos recursos e funcionamento do serviço; - Adoção de uma comunicação assertiva, cuidadosa e empática junto da/a grávida/ parturiente/ acompanhante; - Prestação de cuidados com base nas normas deontológicas e éticas de cada grávida/ parturiente/ acompanhante; - Adoção de estratégias de comunicação na prestação de cuidados a utentes que não falem língua portuguesa com recurso a aplicações/desenhos/gestos de forma a efetivar a compreensão da grávida/ parturiente e acompanhante; - Execução da avaliação inicial da grávida e colheita de dados através da admissão da grávida/parturiente/ acompanhante no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia ou consulta de obstetrícia e ginecologia, e também através da observação física e da pesquisa do processo informático; - Consulta do BSG, para conhecimento de antecedentes pessoais, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância da gravidez, intercorrências na gravidez, observação e interpretação de resultados de exames, entre outros; - Realização da observação física da grávida/ parturiente, incluindo cervicometria, e identificação das estruturas envolventes; - Identificação de bolsa amniótica íntegra ou rotura espontânea de membranas; 	<p><u>Especialista:</u> A1, A2, B2, B3,C1, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 3. (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Grávida; Parturiente; Acompanhante.</p>	<p>ESMO no Bloco de Partos: A partir de dia 19 de fevereiro</p>
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do bem-estar materno-fetal, através da monitorização e interpretação do CTG, atribuindo a sua categoria segundo a ACOG/FIGO; - Identificação do verdadeiro e falso trabalho de parto; - Desenvolvimento de um plano de cuidados face à condição clínica junto da grávida / parturiente/acompanhante; - Intervenção no âmbito da sexualidade. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Parturiente/acompanhante durante o 1º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permissão da presença do acompanhante quando a grávida assim o desejar, e sempre que possível, de acordo com as normas do serviço; - Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, permitindo e incentivando a grávida/parturiente/acompanhante a expressarem os seus sentimentos e emoções, e esclarecer os seus medos e dúvidas; - Identificação da fase latente e da fase ativa; - Exposição de medidas farmacológicas e não farmacológicas promotoras de conforto à grávida/ parturiente e acompanhante disponíveis no serviço; - Implementação e cooperação nas técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto na grávida/ parturientes como, hidroterapia através de banho no chuveiro, musicoterapia, bola de <i>pilates</i>, deambulação e exercícios respiratórios; - Administração de terapêutica via endovenosa para alívio da dor e cooperação com o anestesista na elaboração da técnica loco-regional; - Administração e gestão de terapêutica ao longo do TP, tais como soroterapia, antibioterapia, uterotónicos, analgésicos, entre outros; - Promoção da liberdade de movimentos; - Disponibilização de alimentação leve, como água, chá, gelatinas, rebuçados; - Promoção de micções frequentemente no WC; - Realização de esvaziamento vesical quando a situação clínica o justificar; - Avaliação do bem-estar materno-fetal através de monitorização e interpretação do CTG, vigilância de sinais vitais; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 3. (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Humanos: Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Parturiente; Acompanhante.</p>	<p>ESMO no Bloco de Partos: A partir de dia 19 de fevereiro</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da monitorização interna quando necessário; - Avaliação da progressão do TP; - Quando CTG não tranquilizador adotar medidas que revertam a situação; - Identificação das características do colo de acordo com a escala de Bishop (dilatação cervical, apagamento, consistência, posição, altura da apresentação); - Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação (planos de De Lee e planos/ Hodge), variedade, insinuação; - Identificação da integridade das membranas, se bolsa íntegra ou rotura espontânea. No caso de rotura de membranas, caracterização do líquido amniótico quanto à cor, viscosidade, cheiro e quantidade; - Realização de amniotomia quando a situação o permita e justifique; - Interpretação e registo da evolução do trabalho de parto no partograma e processo clínico. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à Parturiente/acompanhante durante o 2º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do período expulsivo através de sinais como necessidade involuntária de “fazer força”, aparecimento do pólo cefálico e dilatação completa; - Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal; - Preparação de todo o material e equipamento necessários na sala de parto; - Instrução sobre o papel do acompanhante e local onde este pode estar; - Realização de uma comunicação incentivadora, encorajadora e tranquilizadora promotora de bem-estar ; - Posicionamento da parturiente na posição mais confortável; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p>	<p>Humanos: Estudante; Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Parturiente; Acompanhante.</p>	<p>ESMO no Bloco de Partos: A partir de dia 19 de fevereiro</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de indicações claras facilitando a realização de esforços expulsivos eficazes; - Instruir sobre o tipo de respiração durante os esforços expulsivos e a importância do descanso entre as contrações; - Avaliação da eficácia da força exercida pela parturiente; - Administração de perfusão de oxitocina de acordo com prescrição ou protocolo do serviço; - Realização da desinfecção do períneo; - Preparação da mesa de parto com todo o material; - Colocação do equipamento individual; - Quando necessário realizar esvaziamento vesical; - Manutenção da avaliação contínua da frequência cardíaca fetal em todo o processo; - Em situação de CTG não tranquilizador chamar o médico e pedir ajuda; - Avaliação do períneo à medida dos esforços expulsivos; - Massagem do períneo de forma a perceber a elasticidade dos tecidos e promover a mesma; - Aplicação de pressão no períneo a fim de evitar uma expulsão fetal rápida; - Identificar a existência de circulares cervicais e nesse caso aplicar a manobra de Summersault; 	<p><u>Competências</u> <u>Específicas do</u> <u>EEESMO: 3.</u> (Regulamento Nº 391/2019)</p>		
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Na extração dos ombros puxar a cabeça do feto de forma suave em movimento para baixo e para a frente, de forma a extrair o ombro anterior; - Na extração do ombro posterior, direcionar a cabeça fetal para a sínfise púbica e elevar para cima; - Manutenção da segurança e apoio do RN; - Observação da hora do nascimento; - Verificação do comprimento do cordão umbilical; - Realização da expressão manual das vias aéreas superiores a fim de promover a saída de secreções; - Colocação do RN sobre a pele da mãe, no abdómen; - Determinação das preferências pelo corte do cordão umbilical; - Corte tardio do cordão e expressão vigorosa dos componentes para o bebé; - Colaboração em partos distócicos; - Realização do registo do parto e intervenções no BSG, no partograma e programa clínico. 			
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nos cuidados de enfermagem à</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos sinais do descolamento da placenta; - Execução da dequitação: deixar a pinça do cordão próxima do períneo, ir realizando tração ligeira e controlada do cordão, segurar a placenta com as duas mãos e rodar lentamente; 	<p><u>Competências</u> <u>Comuns do</u> <u>Enfermeiro</u></p>	<p><u>Humanos:</u> Estudante; Equipa multidisciplinar;</p>	

<p>puérpera/acompanhante durante o 3º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do mecanismo de expulsão da placenta; - Realização de massagem uterina após a expulsão da placenta; - Observação criteriosa e manuseamento da placenta (forma, integridade, ausência de algum cotilédone, presença de âmnios e córion); - Observação do cordão umbilical identificando as 2 artérias e 1 veia; - Quando o tipo mãe com fator sanguíneo Rh-, colheita de sangue do cordão; - Quando identificada retenção da placenta: pedir ajuda médica, avaliação das perdas, monitorizar sinais vitais, aporte de Soroterapia, administração de terapêutica de acordo com prescrição; - Realização de massagem uterina; - Identificação do globo de segurança de Pinard; - Administração de ocitócicos de acordo com prescrição ou protocolo; - Limpeza e visualização da integridade do períneo e zonas sangrantes, identificar o tipo de laceração de acordo com os tecidos lesados; - Administração de analgesia via epidural ou local; - Reparação do períneo por planos, identificando os tecidos a serem suturados; - Aplicação de gelo; - Realização de registos informáticos. 	<p><u>Especialista:</u> A1, A2, B3, C1, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 3. (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Enfermeira Cooperante; Parturiente; Acompanhante.</p>	<p>ESMO no Bloco de Partos: A partir de dia 19 de fevereiro</p>
<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do contacto pele a pele, como via facilitadora da vinculação; - Demonstração de apoio para a amamentação, caso seja o desejo; - Vigilância e identificação precoce de complicações; 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro</u></p>	<p>Humanos: Estudante;</p>	

<p>relacionais nos cuidados de enfermagem à puérpera/RN/acompanhante durante o 4º estágio do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e avaliação completa da puérpera e recém-nascido: avaliação de sinais vitais, pele e mucosas, características das mamas e mamilos, avaliação da altura do útero e sua consistência, avaliação das perdas, observação do períneo, promoção da micção espontânea, limpeza perineal, remoção do cateter epidural, fornecimento de lanche, observação das eliminações do RN, pele e mucosas e da sua vitalidade; - Realização dos registos clínicos; - Contacto com o serviço de internamento para a transferência. 	<p><u>Especialista:</u> A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 4. (Regulamento Nº 391/2019)</p>	<p>Equipa multidisciplinar; Enfermeira Cooperante; Parturiente; RN; Acompanhante.</p>	<p>ESMO no Bloco de Partos: A partir de dia 19 de fevereiro</p>
<p>Desenvolver competências científicas de investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da temática para estudo, tendo em conta as necessidades reais e motivações pessoais; - Pesquisa bibliográfica sobre a temática; - Realização de uma <i>Scoping Review</i> ; - Realização de estudo qualitativo, com base na temática , partindo do trabalho de campo realizado; - Elaboração do Relatório de Estágio. 	<p><u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, B2, D1, D2 (Regulamento Nº 140/2019)</p>	<p>Humanos: Estudante; Professora Orientadora; Enfermeira Cooperante.</p>	<p>No decorrer do ensino clínico</p>

3. Considerações Finais

A realização do presente documento permitiu delinear os objetivos, atividades e competências a alcançar no decorrer dos ensinamentos clínicos. Este serve de guia orientador para o desenvolvimento pessoal e profissional.

De referir ainda que, na base da realização deste, foi necessário a reflexão e análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como o Programa de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco, da Direção Geral da Saúde. De referir que, este pode sofrer alterações consoante as necessidades e as particularidades de cada serviço.

4. Referências Bibliográficas

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019/05/03. Lisboa;

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019/02/06. Lisboa.

Apêndice II: *Scoping Review*

Review title

Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Abstract

Objective: Explorar as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no âmbito da vivência da sexualidade na gravidez.

Introduction: A gravidez é caracterizada por uma fase que apresenta diversas mudanças na vida da mulher, e conseqüentemente do casal, pelas transformações que ocorrem a nível biológico, psicológico, social, emocional e familiar, apresentando impacto na vivência da sexualidade. Tendo em vista a humanização dos cuidados de enfermagem pretende-se que estes sejam abordados englobando a integridade da pessoa culminando num cuidado holístico. A implementação das competências técnicas, científicas e relacionais assume grande destaque na prática clínica procurando promover uma sexualidade plena ao longo da gravidez.

Inclusion criteria: Foram identificados 11 artigos que apresentaram contributos para a compreensão da questão de revisão, excluindo os que não abordavam a população de interesse ou os conceitos da questão de revisão.

Methods: Scoping Review realizada Segundo o protocolo de Joanna Briggs Institute, com recurso ao PRISMA, após pesquisa com os descritores Mesh: Sexuality, Pregnancy, Midwifery e Obstetric Nurse nas bases de dados MedicLatina, MEDLINE e PubMed.

Keywords: Casal; Cuidados de Enfermagem Especializados ESMO; Gravidez; Sexualidade.

Introduction

A sexualidade ganha o seu destaque pelo valor único e pelas inúmeras formas de expressão que esta apresenta em cada pessoa, sendo uma necessidade e componente integrativa em cada ser. Continua a ser importante a sua abordagem pelo cariz biopsicossocial que detém, ultrapassando a conceção de que o seu significado se envolve em torno da componente biológica. Pela sua fraca e inconsistente abordagem realça-se o devido reconhecimento e aplicação na prática clínica dos enfermeiros, sendo um sinal de que esta temática ainda se mantém tabu (Ressel & Gualda, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade envolve pensamentos, sentimentos, sensações e ações, onde se evidencia amor, ternura, intimidade e contacto nas relações sendo um aspeto que acompanha o ser humano em todas as suas fases de vida, podendo existir constrangimentos na forma como é vivida e expressada por interferência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2015). Por estas dimensões assume um grande valor no que toca à saúde física e mental (Dias e Sim-Sim, 2021). Assim, é impossível dissociar esta vertente humana da saúde pois é imprescindível na manutenção do bem-estar, confiança e autoestima de cada um. Em torno desta estão aspetos tais como, o coito, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade, a reprodução, as fantasias e os desejos, a título de exemplo (Dias e Sim-Sim, 2021). Deste modo, a sexualidade é uma dimensão ampla não sendo restrita ao ato sexual.

Com a gravidez, a vivência da sexualidade é alterada devido às mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais, podendo existir repercussões nefastas para a saúde do casal. Fatores como a qualidade da relação, os valores, as crenças e as atitudes face à sexualidade interferem na forma como cada mulher e homem se adaptam e percebem esta componente na gravidez (DGS, 2015). A sexualidade, como ponto de ligação emocional na díade, entre mulher e homem, pode constituir-se num stress e dificuldade nas novas adaptações, produzindo impacto na relação do casal, que a longo prazo, tal como foi supramencionado induz resultados negativos ao nível da saúde de cada um (Silva e Figueiredo, 2005). Sendo a gravidez uma experiência única e individual que varia de mulher para mulher, importa que o foco dos cuidados seja o casal composto por duas pessoas, com necessidades individuais, mas que partilham o projeto de parentalidade e de conjugalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Face a isso, Martins (2018) defende que a comunicação na díade se constitui numa base essencial no que remete à partilha de dúvidas, anseios e desejos de forma a existir uma compreensão mútua, evitando constrangimentos e a fragilidade na relação. Neste âmbito, o enfermeiro especialista assume um papel de intermediário no auxílio da transição de papéis junto do casal.

Neste âmbito, importa referir as alterações decorrentes da gravidez, face ao trimestre da gestação, uma vez que tais são geradoras de desconfortos, influenciando a forma de expressão da sexualidade. No primeiro trimestre estão presentes as náuseas, os vômitos e a fadiga o que leva à desmotivação pela procura da intimidade com o parceiro. No segundo e terceiro trimestres estão presentes a obstipação, as lombalgias, o aumento do volume e sensibilidade mamária, a congestão dos vasos a nível vaginal que pode ser causador de dispareunia, o aumento das secreções vaginais que pode ser um fator perturbador para muitos casais, a questão associada ao facto de existir um ser que presencia a relação a nível sexual, e até a própria autoimagem que se encontra percecionada pelas novas configurações físicas (Maceiras e Ribeiro, 2016).

Com o decurso da gravidez, a resposta sexual pode estar comprometida, isto é, pode emergir a situação da disfunção sexual, impedindo que o casal se sinta insatisfeito com o ato sexual. Tal se deve a vários fatores, entre eles, biológicos, psicológicos e sociais afetando negativamente a função sexual do casal. Sabe-se ainda que, o estado físico e emocional se encontram intimamente relacionados com esta problemática (Daud *et al*, 2019). Um estudo conduzido por Bartellas (2000) demonstrou que a função sexual das mulheres diminui progressivamente ao longo da gestação, podendo persistir no pós-parto. Foi demonstrado também que, os homens recorrem a opções alternativas para satisfazer as suas necessidades durante a gravidez, o que pode conduzir a consequências graves na relação do casal (Daud *et al*, 2019).

Na base da arte do cuidar existe o processo de enfermagem que consiste numa abordagem sistemática e metodológica permitindo intervir junto do outro nas suas dimensões. Nesta esfera da ciência do cuidar, o enfermeiro mobiliza o seu raciocínio lógico e científico, agregado às competências, permitindo uma prestação de cuidados interventiva no sentido de melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida. A educação para a saúde por parte do enfermeiro especialista ganha destaque pelo papel que detém no que toca à vigilância da gravidez, informando e orientando a mulher sobre aspetos relativos ao autocuidado, e, no presente estudo, destaca-se a sexualidade. Assumindo a responsabilidade de promover vivências positivas da sexualidade, identificando problemas relacionados com esta referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Decreto de Lei nº 85 2ª série, 2019). No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista, este no período pré-natal providencia cuidados de forma a facilitar a sua adaptação sendo responsável por: informar e orientar sobre medidas de alívio dos desconfortos da gravidez e conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios padrão de adaptação à gravidez (Decreto de Lei nº 85 2ª série, 2019).

Com isto, perante a presente *scoping review* pretende-se, com base na evidência científica, explorar as intervenções do enfermeiro especialista no âmbito da vivência da sexualidade ao longo da gravidez.

Review question

Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Inclusion criteria

Participants

- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Concept

- Sexualidade
- Cuidados de Enfermagem Especializado ESMO
- Gravidez

Context

- Instituições de Saúde

Types of sources

Incluem-se todos os tipos de estudo.

Methods

A presente metodologia, Scoping Review, permite obter as evidências científicas mais atualizadas face à temática da sexualidade de forma a obter contributos nesse âmbito promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem (Peterson et al., 2017).

Search strategy

Os descritores MESH definidos para a pesquisa foram: Sexuality, Pregnancy, Midwifery e Obstetric Nurse, tendo sido elaborada a expressão de pesquisa “Sexuality” AND “Pregnancy” AND “Midwifery” OR “Obstetric Nurse”.

Tendo por base as etapas definidas pelo The Joanna Briggs Institute, numa primeira etapa procedeu-se à escolha das bases de dados, sendo que se optou pela PubMed e pela

EBSCOhost. Na plataforma EBSCOhost foram selecionadas, numa primeira pesquisa, as bases de dados MEDLINE, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection, tendo esta última não apresentado resultados. Como janela temporal preconizou-se a evidência mais recente sendo os últimos 5 anos, existiu uma tentativa de reduzir tal intervalo devido ao tamanho de resultados, contudo, após o teste não existiram resultados levando ao compromisso da análise. Como limitadores genéricos definiu-se: free full texto, período temporal de dezembro de 2018 a dezembro de 2023, grupo etário adultos dos 19-44 anos, língua inglesa, portuguesa e espanhola, e quanto ao tipo de documentos optou-se por revistas académicas, revistas e relatórios. Face aos limitadores específicos incluiu-se: sexo feminino, humano, gravidez e qualquer autor é enfermeiro. Posteriormente, intercetou-se os descritores com recurso aos booleanos AND e OR, tendo sido obtidos os resultados que constam em Apêndice III.

A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes.

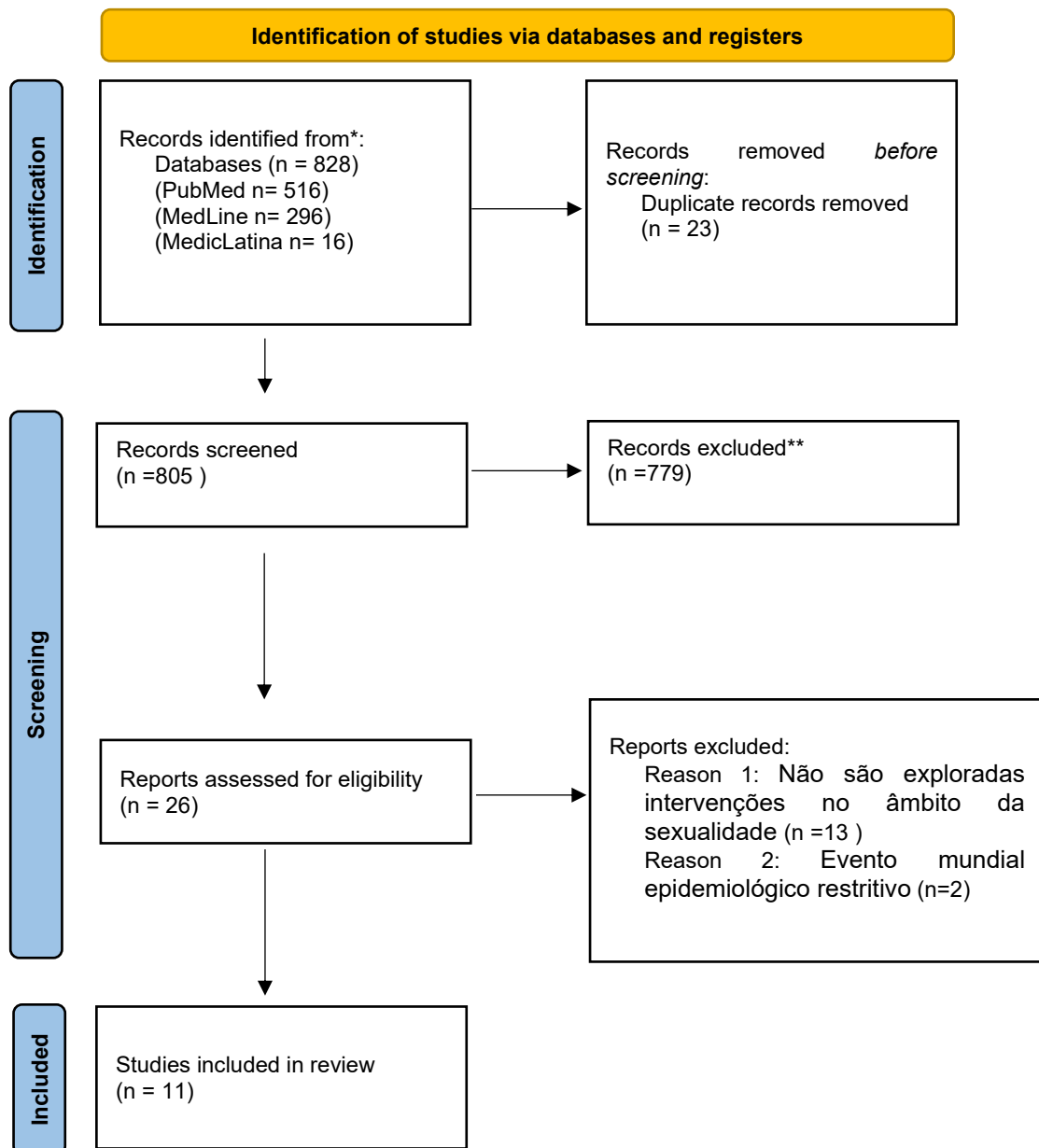
Study selection

Com base na sequência do PRISMA, na etapa Identification, obteve-se os resultados de pesquisa na totalidade, ou seja, o somatório entre as pesquisas nas bases de dados científicas tendo sido posteriormente eliminados todos os artigos que se encontravam em duplicado. Neste caso em específico obteve-se inicialmente 828 artigos, e destes 23 foram excluídos por se encontrarem em duplicado.

Na etapa seguinte do PRISMA, Screening, e após análise dos artigos que sobraram, procedeu-se à leitura dos títulos e abstract, num total de 805 artigos. Posteriormente foram excluídos os artigos que não incluíam a população de interesse ou os conceitos da pergunta de revisão, num total de 779. Após o resultado de 26 artigos, procedeu-se à leitura integral destes. Na etapa Eligibility, rejeitaram-se 15 artigos estando as razões expostas no Appendix III. Face à última fase, Included, dos 11 artigos, 1 é de natureza mista e 10 inserem-se no paradigma de investigação quantitativa.

Esta etapa foi verificada pelos dois revisores independentes, sendo as divergências resolvidas por meio de discussão.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Data extraction

Da análise dos artigos incluídos da presente revisão estes deverão contemplar uma contribuição para a compreensão da questão de pesquisa. Desta forma, através do preenchimento do instrumento de extração de dados, apêndice IV, procedeu-se à caracterização de cada artigo identificando os autores, ano da publicação, país, o objetivo do estudo, a metodologia utilizada, a interpretação desenvolvida, o nível de evidência do estudo e o contributo para a questão de revisão

Todos os artigos remetem para a intervenção de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, isto é, parteiras como em muitos são designados. Todos eles se enquadram nas instituições de saúde o que corresponde ao contexto predefinido. Face aos conceitos presentes nos vários artigos, estes vão ao encontro dos expostos no mapa conceptual sendo a gravidez, a sexualidade e o casal.

Os artigos incluídos foram:

3. *“Cuidado numa perspetiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta-Etnografia”*

DOI: 10.17533/udea.iee.v37n1e03

5. “Determinantes da disfunção sexual na gravidez num hospital terciário no Gana”

DOI: 10.1371/journal.pone.0288456

10. “Efeito da gravidez na função sexual dos casais”

DOI: 10.4314/ahs.v18i2.5

11. “Efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual”

DOI: 10.1590/1806-9282.20230111

12. “Efeito do programa de enriquecimento sexual na satisfação sexual de mulheres grávidas no Irão: Um ensaio clínico randomizado”

DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.4.2610

13. “Exercício da sexualidade em grávidas de Tacna”

DOI: 10.4067/S0717-75262020000600584

15. “Programa de treino online comparado ao presencial para melhoria da intimidade sexual: Aconselhamento com abordagem cognitivo-comportamental em mulheres grávidas”

DOI: 10.1080/0092623X.2021.18953887

19. “Satisfação sexual e de vida de mulheres grávidas”

DOI: 10.3390/ijerph17165894

20. “Função sexual durante a gravidez numa população nigeriana: estudo longitudinal”

DOI: 10.4103/njcp.njcp_119_23

23. “Significado das mudanças de afeto durante a gravidez: Intimidade, Paixão e Compromisso”

DOI: 10.3390/ijerph16132254

24. “O efeito da educação em saúde sexual na atividade sexual, qualidade de vida sexual e violência sexual na gravidez: um estudo prospetivo randomizado e controlado”

DOI: 10.1186/s12884-021-03803-8

Data Analysis e Presentation

Relativamente a esta etapa, os artigos foram analisados de forma individual obtendo o contributo de cada um tendo em consideração os conceitos definidos no mapa concetual. Assim, preconiza-se obter a compreensão da questão de revisão “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?”. De forma geral, todos os estudos consideraram-se importantes dado ser possível obter de forma direta ou indireta informação pertinente que se relaciona com os conceitos do mapa concetual.

Os cuidados especializados em enfermagem têm na sua base a prática baseada na evidência científica. A contribuição desta contribui para a melhoria dos resultados em saúde, melhorando a satisfação dos clientes e dos profissionais (Ordem dos

Enfermeiros, 2021). Estes assentam ainda no regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exposto pela Ordem dos Enfermeiros, onde existe a prática profissional autónoma em situações de baixo risco no âmbito dos processos fisiológicos e reprodutivos da mulher (Decreto de Lei nº 85, 2ª série, 2019).

O estudo de Milena et al (2019), destaca a vertente transcultural no que toca ao conhecimento de crenças, valores e práticas envolvidas na expressão da sexualidade que ajudam na manutenção e alcance do pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual. O que induz a necessidade de existir o cuidado culturalmente congruente na prestação de cuidados especializados no período pré-natal que permita planear e aplicar eficazmente as intervenções face à cultura em que as mulheres nascem, crescem e se desenvolvem, sendo significativo compreender as suas experiências e estrutura familiar. Os autores evidenciam a promoção dos laços afetivos entre o casal, abordagem das alterações do corpo da grávida que modificam a sua autoimagem, o medo de causar danos físicos ao feto durante o ato sexual e a ameaça de parto pré-termo derivado do ato. Estas interpretações encontram-se enquadradas num sistema de crenças e mitos que fazem parte de um sistema cultural que é uma realidade que vai sendo transmitida de geração em geração (Rendón e Cárdenas, 2012).

Relativamente às alterações físicas da mulher que vão surgindo no decurso da gravidez, vão surgindo emoções tais como a baixa autoestima, levando a um decréscimo do seu desejo sexual. O aporte de informação durante a gravidez, transmitida por um profissional especializado, pode interferir na experiência sexual da díade. Adicionalmente, face às necessidades emocionais, o parceiro deve identificar e entender as carências da grávida demonstrando mais provas de carinho e afeto (Martins, 2018).

O estudo de Maya et al (2023) remete para os fatores sociodemográficos, tais como o casamento e a coabitação, e a sua influência na função sexual do casal durante a gravidez. Por um lado, o casamento revelou-se num fator que apresenta resistência na disfunção sexual feminina, por outro lado, a coabitação do casal aumenta as probabilidades da mulher apresentar disfunção sexual. Estes têm influência na forma de como a relação conjugal é vivida e sentida, sendo importante ter em conta a dinâmica

do casal dado o seu impacto nas restantes vertentes. O estudo de Khalesi *et al* (2018), mostrou resultados idênticos: por cada ano de permanência com o parceiro, seja de matrimónio, seja de coabitação, existe a probabilidade de lidar com casos de disfunção sexual na gravidez. Tais estudos remetem para a importância de potenciar, em casal, a sua função sexual a fim de evitar desvios da normalidade, mobilizando estratégias inovadoras que sejam promotoras de satisfação, na grávida, e consequentemente no casal. Neste âmbito, também Ugwu *et al* (2023) na sua população estudada demonstram que a função sexual diminui à medida que a gravidez avança e que a taxa de disfunção sexual é alta. Estes contribuem para o debate sobre as mudanças fisiológicas expectáveis da gravidez contribuindo para o alívio das suas ansiedades e melhoria do bem-estar, diminuindo assim a prevalência de casos de disfunção sexual.

O estudo desenvolvido por Mutlu e Guleroylu (2023), aborda os desconfortos característicos decorrentes da gravidez e o impacto negativo que detém na expressão da sexualidade da mulher grávida e por conseguinte da vivência desta no casal. Tais sintomas interrompem muitas vezes o decurso da expressão da sexualidade associado às preocupações existentes, o que sugere uma falta de aconselhamento adequado (Mutlu & Guleroylu, 2023). Evidencia-se, portanto, a preservação e a melhoria da qualidade de vida sexual das mulheres grávidas através de intervenções de educação e aconselhamento que reduzam a gravidade dos sintomas. Também os autores Sologuren *et al* (2020) demonstraram que as grávidas que receberam informações e aconselhamento sobre os desconfortos e alterações provocadas pela gravidez por parte de um profissional de saúde obtiveram melhores resultados na vivência da sua sexualidade, obtendo maior qualidade de vida. Estes evidenciam a comunicação na abordagem dos aspetos inerentes à sexualidade como uma barreira para o próprio profissional de saúde responsável pela assistência pré-natal. Deve-se, portanto, promover o diálogo aberto com a grávida/casal de forma a compreender as suas preocupações, necessidades e desejos, e ainda, promover e estimular os momentos a dois. Para além do diálogo, a escuta ativa, o olhar, o toque, a postura, o questionamento, a síntese de informação e o feedback são técnicas de comunicação terapêutica que devem ser mobilizadas na abordagem da sexualidade junto do casal (Coelho, 2015).

Golmohamadi *et al* (2022), mostraram que a existência de programas direcionados para o enriquecimento sexual, liderados por profissionais de saúde da

área, apresentam impacto positivo na satisfação sexual das grávidas. Tais são caracterizados pelo fornecimento de informação e pela estimulação dos laços afetivos e emocionais do casal. Ainda assim, inclui-se a abordagem dos vários tipos de toque, a desmitificação de crenças e mitos e as alterações sexuais foram pontos abordados que apresentaram resultados positivos para a dinâmica do casal, produzindo bem-estar mental à grávida. No estudo de Farajkhodaa et al (2021) também se comprovou a eficácia das sessões de educação e aconselhamento sobre a sexualidade potencializadoras de trocas positivas. Estas sessões encontravam-se devidamente estruturadas e organizadas e ensinavam habilidades de comunicação, modificavam padrões de pensamento, abordavam falsas e irracionais crenças e atitudes e ainda ensinavam métodos de resolução de conflitos que levam ao aumento da intimidade. Em suma, este programa visou enriquecer as relações entre as pessoas próximas, nomeadamente o casal, explorando emoções e sentimentos e promovendo a intimidade do casal que leva à sua satisfação conjugal.

Ainda na linha da educação para a saúde, Alizadeh *et al* (2021) comprovou a eficácia dos programas de formação direcionados às dimensões da sexualidade, caracterizados pela sua forte estrutura e continuidade de forma presencial abrangendo todas as fases da gestação. Aqui surge a necessidade da criação de programas orientados por enfermeiros especialistas como sendo profissionais responsáveis pelo seu elo de dotação e promotor a fim de orientar para uma sexualidade plena.

Khalesi *et al* (2020) introduzem que as grávidas que eram instruídas sobre os exercícios de Kegel apresentam maior satisfação sexual, constituindo-se num fator que promove o conforto psicológico reduzindo as consequências negativas na gravidez, parto e puerpério. Evidenciam a necessidade visível dos cuidados pré-natais direcionados para o aconselhamento sobre os efeitos e as queixas da gravidez, a aceitação da mudança de aparência no corpo da mulher grávida e o diálogo com o parceiro sobre as suas preocupações. Os mesmos autores concluem que a abordagem dos aspetos a respeito da sexualidade são precisos para providenciar qualidade de vida ao casal, e que a timidez não se deve constituir numa barreira para encarar tal tema.

Carrasco *et al* (2019), introduz o amor, a paixão e o compromisso como sendo a base da relação que podem sofrer alterações com o evento da gravidez, influenciando

a transição para a parentalidade. O enfermeiro especialista deve compreender como é a relação do casal e promover estratégias que potenciem estes sentimentos de forma a potenciar a harmonia entre os dois elementos que estão a gerar um ser que crescerá nesse mesmo ambiente.

Após a análise dos artigos, conclui-se que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é um dos profissionais que apresenta competências técnicas, científicas e relacionais responsável pela promoção da vivência plena e saudável da sexualidade do casal ao longo da gravidez, evitando a ocorrência de casos de disfunção sexual. Gomes *et al* (2023) completa que este deve “(...) identificar as dificuldades sentidas pelo casal e providenciar informação credível para assegurar uma vivência proveitosa da sexualidade (...)”. Deste modo, como contributos à questão “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?” destaca-se:

- O ambiente cultural caracterizado por costumes e crenças deve ser explorado pelo enfermeiro a fim de identificar medos e inseguranças, desmistificando certas práticas conduzidas pelo casal;
- O enfermeiro deve promover os laços afetivos e o diálogo entre o casal e a autoimagem da mulher deve ser alvo de abordagem, dado o impacto na sua autoestima, bem-estar psicológico e conseqüentemente na expressão da sexualidade;
- O aconselhamento sobre estratégias de redução dos desconfortos característicos de cada fase da gravidez devem ser abordados, dado o seu destaque na qualidade de vida da grávida;
- A criação de programas educativos presenciais devidamente estruturados, e liderados por enfermeiros especialistas, em torno de habilidades e conteúdos informativos sobre sexualidade revelaram-se eficazes na satisfação conjugal. Todavia, realça-se as consultas no âmbito da vigilância pré-natal que se constituem numa oportunidade de abordagem da temática;
- Os exercícios de *Keegel* devem ser instruídos às grávidas dados os seus benefícios na

gravidez, parto e puerpério;

- A exploração da dinâmica do casal, o tipo de relação que possuem são componentes que o enfermeiro deve ter conhecimento a fim de identificar e providenciar mecanismos que promovam a harmonia do casal, realçando o amor, a paixão e o compromisso auxiliando na adaptação para a parentalidade.

Face ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica tais contributos encontram-se expostos:

2.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré -natal.

2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade (...).

2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.

2.1.7 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.

2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.

2.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. (Decreto de Lei nº 85 2ªsérie, 2019).

A missão dos cuidados especializados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica envolve-se na promoção da saúde e na adaptação saudável da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher/casal às suas necessidades e transições de vida. Neste âmbito, face ao período gravídico, os cuidados centram-se na “avaliação da evolução e promoção da adaptação à gravidez” (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Um dos indicadores dos cuidados especializados definidos pela Ordem dos

Enfermeiros (2021) é a satisfação com a assistência pré-natal liderada por enfermeiros especialistas e é neste ponto que se evidencia a mestria, caracterizada pelo saber e pelas capacidades interrelacionais direcionadas ao alvo dos cuidados.

Com a realização desta *Scoping Review*, apesar de ser uma temática debatida pelo seu cariz, surge a necessidade de continuar a evidenciá-la, com a mais recente evidência pelas componentes que influenciam a vivência da sexualidade com o evento da gravidez que tantas transformações e adaptações traz consigo. Destaca-se a forte influência que a essência da sexualidade apresenta na qualidade de vida de cada ser humano sendo imperativo promover vivências positivas desta, a fim de evitar potenciais problemas de saúde em cada elemento do casal e ao ser que, dessa relação, irá crescer. Importa referir que esta temática permanece a não ser alvo de abordagem durante a assistência pré-natal ficando no vazio e sendo desvalorizada pelo seu significado íntimo e pessoal.

Acknowledgments

À Professora Conceição pelo acompanhamento realizado ao longo do desenvolvimento desta *Scoping Review*. E ainda, ao Professor José Amendoeira pelo ensino direcionado à pesquisa científica e motivação transmitida que permite o desenvolvimento de competências e do raciocínio crítico.

Funding

A presente revisão não é financiada.

Conflicts of interest

Nada a declarar.

References

Alizadeh, S., Riazi, H., Majad, H. A., Ozgoli, G. (2021). *O efeito da educação em saúde sexual na atividade sexual, qualidade de vida sexual e violência sexual na gravidez: um estudo prospetivo randomizado e controlado*. Irã.

Carrasco, F. J. F., Mey, U. G., Díaz, L. R., Lara J. M. V., Salgado, J. G., Carreño, T. P. (2019). *Significado das mudanças de afeto durante a gravidez: Intimidade, Paixão e Compromisso*. Espanha.

Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto.

Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.

Farajkhodaa, T., Ashrafi, F., Bokaiea, M., Mahmoodabadic H. Z. (2021). *Programa de treino online comparado ao presencial para melhoria da intimidade sexual: Aconselhamento com abordagem cognitivo-comportamental em mulheres grávidas*. Irã.

Frias, A., M., A. (2023). Vivência da Sexualidade na Gravidez: Uma Revisão Narrativa. In Gomes, C., I., B., Gambín, M., M., Frias, A., M., A. *Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar na gravidez*. (pp. 109-120). São Paulo: Científica Digital.

Golmohamadi, F., B., F., Motaghi, Z., Keramat, A., Nazari, A. M., Talasaz, F., H. (2022). Efeito do programa de enriquecimento sexual na satisfação sexual de mulheres grávidas no Irão: Um ensaio clínico randomizado. Irão.

Guimarães. M., S., F., Silva, L., R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Brasil.

Henriques, E. M. (2021). Sexualidade. In Dias, H., Sim-Sim, M. *O Cuidado Centrado No Cliente*. (pp.741-749). Sintra: SABOOKS EDITORA.

Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M. (2018). Efeito da gravidez na função sexual dos casais. Irã.

Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M. (2020). *Satisfação sexual e de vida de mulheres grávidas*. Polónia.

Maceiras, M., Ribeiro, J., C. (2016). Sexualidade na Gravidez. In Néné, M., Marques, R., Batista, M., A. (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 77-82). Lidel.

Martins, A. C. O. (2018). *Vivência da Sexualidade Durante a Gravidez*. Dissertação de Mestrado de Educação para a Saúde, Universidade do Porto, Portugal.

Maya, E. T., Boamahl, M. O., Agyabeng, K., Srofennyoh E., Mumuni, K., Samba, M. (2023). *Determinantes da disfunção sexual na gravidez num hospital terciário no Gana. Gana*.

Milena I., Sabogal U., Rodríguez L. M. (2019). *Cuidado numa perspectiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta- Etnografia*. Colômbia.

Mutlu, E. N., Guleroylu, F. T. (2023). Efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual. Turquia.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2a série(26)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, obtido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Peterson, J., Pearce, P., Ferguson, L. & Langford, C. (2017). Understanding scoping reviews: Definitions, purpose and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29 (1). <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12380>

Rendón BJ, Ruiz de Cárdenas CH. Significado das práticas de cuidado cultural que realizam as gestantes que nascem mal e seus filhos por nascer no controle pré-natal. Bogotá DC: Universidade Nacional da Colômbia. Faculdade de Enfermagem, 2012. Disponível em: <http://bdigital.unal.edu.co/8904/1/Blancajeannetterendon.2012.pdf>;

Ressel, L., B., Gualda, D., M., R. (2004). A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre. Dezembro (25) pp. 323-333.

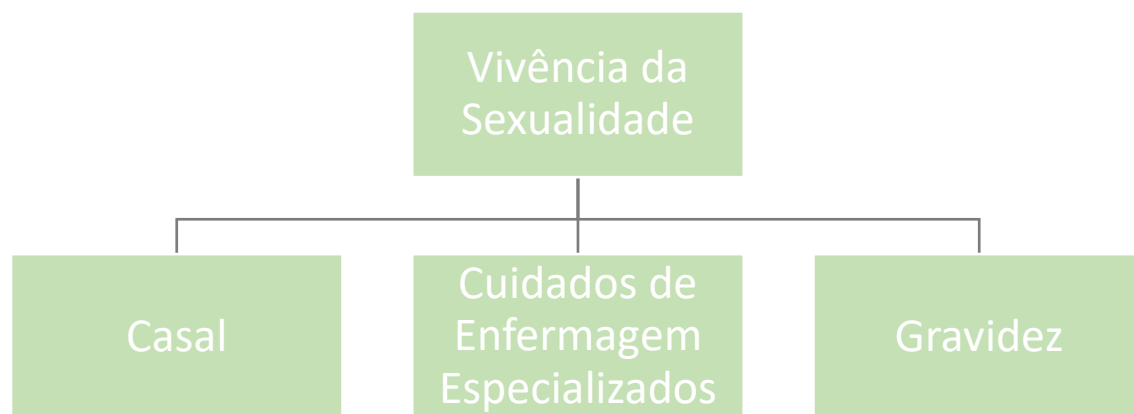
Sabogal, I., M., U., Rodríguez, L., M. (2019). Cuidado numa perspectiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta-Etnografia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 37(1). DOI: 10.17533/udea.iee.v37n1e03

Savall, A. C. R., Mendes, A. K. & Cardoso, F. L. (2008). *Perfil do Comportamento Sexual na Gestação*. *Fisioterapia em Movimento*. Volume 21, número 2, 61-70.

Sologuren, G. G., Linares, C. L., Flores, J. R., Meija, C. R. (2020). *Exercício da sexualidade em grávidas de Tacna*. Peru.

Ugwu, E. O., Dim, C. C., Eleje G. U. (2023). *Função sexual durante a gravidez numa população nigeriana: estudo longitudinal*. Nigéria.

Apêndice III: Mapa Concetual



Apêndice IV: Estratégia de Pesquisa

Bases de Datos	MEDLINE	MedicLatina	PubMed
Descritores MESH			
Sexuality	4658	285	7602
Pregnancy	38462	2769	25096
Midwifery	4709	380	2242
Obstetric Nurse	26	10	432
Sexuality AND Pregnancy	1774	82	1302
Sexuality AND Midwifery	349	11	212
Sexuality OR Obstetric Nurse	4682	295	8010
Pregnancy AND Midwifery	2865	136	1146
Pregnancy OR Obstetric Nurse	38467	2772	25128
Midwifery OR Obstetric nurse	4723	387	2467
Sexuality AND Pregnancy AND Midwifery	271	6	92
Sexuality AND Midwifery OR Obstetric Nurse	374	21	635
Sexuality AND Pregnancy OR Obstetric Nurse	1798	92	1714
Pregnancy AND Midwifery OR Obstetric Nurse	2879	144	1380
Sexuality AND Pregnancy AND Midwifery OR Obstetric Nurse	296	16	516

Apêndice V: Instrumento de Extração de Dados dos Artigos

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Milena I., Sabogal U., Rodríguez L. M.

“Cuidado numa perspectiva cultural em mulheres grávidas: uma Meta-Etnografia”

➤ **Ano da Publicação:** 11 de fevereiro de 2019

➤ **País de origem:** Colombia

➤ **Objetivos:** realizar uma síntese interpretativa de estudos qualitativos sobre o fenômeno do cuidado numa perspectiva cultural em mulheres com gravidez fisiológica.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Scoping Review

Tipo de Estudo: Meta-Etnografia realizada, tendo por base as fases de Noblit e Hare, com base em estudos qualitativos. Sendo incluídos 23 estudos: 21 artigos e duas teses de Mestrado em Enfermagem.

Fase I: Início do processo

Identificação do estudo que consiste na realização de uma síntese interpretativa e explicativa do cuidado cultural em mulheres grávidas.

Fase II: Decidir o que realmente é relevante para o interesse

Os artigos incluídos cumprem os seguintes critérios de inclusão: descrevem o cuidado na perspectiva cultural em mulheres grávidas, publicados em texto completo, em inglês, português e espanhol, entre 2000 e 2016. A estratégia de pesquisa utilizou os termos MeSH e DeSH “care/cuidado”, “culture/cultura”, “cultural care/cuidado cultural”, “care practices/práticas de cuidado”, “cuidado culturalmente competente/cuidado culturalmente competente”, “crenças/creencias”, “gravidez/embarço” e “etnografia/etnografia”. As bases de dados mobilizadas foram a *PubMed*, *Lilacs*, *Scielo*, *Ovid*, *Academic Search Complete*, *Medline Complete*, *ScienceDirect* e no Repositório da Universidade Nacional da Colômbia. Após a seleção dos estudos, estes foram avaliados com os critérios de qualidade do *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*, sendo alvo de análise rigorosa dos dados e validade externa das descobertas.

Fase III: Leitura dos estudos

Nesta fase foi realizada a leitura rigorosa dos estudos, permitindo extrair os resultados e conclusões de cada um.

Fase IV: Determinar a relação dos estudos

Elaborada uma lista com as principais situações sendo organizadas de forma a facilitar a comparação entre os estudos.

Fase V: Transferência dos estudos

Constatou-se que os estudos eram diretamente comparáveis, existindo semelhanças entre os achados de cada estudo.

Fase VI: Síntese das Traduções

Foram identificadas 12 categorias temáticas representadoras das dimensões do cuidado cultural em mulheres grávidas. Reconstituiu-se os resultados de forma a gerar uma nova interpretação a partir de uma segunda análise.

Fase VII: Síntese final

Entendida como “linha de argumentação” segundo os autores Noblit e Hare, é caracterizada como a construção da reinterpretação dos achados dos estudos o que permitiu criar uma síntese interpretativa do cuidado na perspectiva cultural em mulheres grávidas.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

Dos estudos analisados emergiram 12 categorias temáticas: a) gravidez: fenómeno natural na vida da mulher; b) espiritualidade e apoio familiar: vínculo com Deus, a família e o nascituro; c) a parteira: símbolo das práticas tradicionais durante a gravidez; d) Sentimentos positivos e negativos: procura pelo equilíbrio emocional durante a gravidez; e) exercício físico: uma forma de preparação para o momento da entrega; f) conforto, descanso e cuidados gerais: ações voltadas ao cuidado com o corpo da gestante; g) alimentação: forma de preservar o bem-estar da mãe e do feto; h) evitar o consumo de substâncias não benéficas: proteger o nascituro; i) estimulação intrauterina: fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho; j) calor e frio: equilíbrio no corpo da mulher; k) sexualidade na gravidez: interpretações da mulher; l) crenças e mitos tradicionais: uma forma diferente de cuidar de si durante a gravidez.

O cuidado na perspectiva cultural da gestante sustenta que a gravidez é um acontecimento natural na vida da mulher, e respetiva família, sendo um fenómeno social e biológico que exige uma adaptação dos comportamentos e receção de cuidados de forma a salvaguardar o bem-estar de ambos. Vários são os elementos que influenciam de forma positiva o decurso da gravidez, entre os quais a família e o profissional de saúde que se associam aos cuidados físicos, afetivos, económicos e espirituais. A representação da parteira reflete-se na prática de cuidados prestados à gestante, sendo reconhecidas pelo mérito, credibilidade e reconhecimento pela responsabilidade e controlo que detém sobre o cuidado da mulher durante a gravidez e parto.

A espiritualidade evidencia-se como um guia interno que gera força, sentido e significado, depositando a confiança num ser supremo que mantém a saúde da grávida e do feto. Esta espiritualidade relaciona-se com o equilíbrio emocional no âmbito de evitar ou afastar-se de sentimentos negativos tais como, tristeza, raiva e angústia, cuidando do seu próprio bem-estar permitindo-lhes a expressão de sentimentos positivos geradores de tranquilidade e felicidade.

A prática de exercícios físicos, tais como, caminhar, adoção de certas posições e movimentos e determinadas atividades surgem como ações de cuidado de forma a preparar o corpo para o parto ou evitar complicações durante a gravidez.

O conforto e o descanso constituem-se em práticas focadas no cuidado com o corpo e contribuem para a não ocorrência de complicações tais como: partos prematuros, abortos, infecções e abortos.

Depositam na alimentação uma forma de proteção para elas mesmas e para o feto, adotando uma atitude de mudança no tipo de padrão alimentar, minimizando os efeitos fisiológicos da gravidez e maximizando a saúde do bebê. Existem ainda rituais que consistem no consumo de certos alimentos que induzem um bom parto.

O consumo de substâncias psicoativas, álcool, tabaco, droga e medicamentos estão associadas a efeitos negativos a curto e longo prazo para a saúde do lactente.

A estimulação uterina é uma forma de estabelecer o vínculo afetivo entre mãe e filho. É revelada como a expressão de amor e carinho na esperança de ter um bebê feliz e com sucesso na vida. Além disso, é uma forma da grávida refletir e perspetivar o seu papel enquanto futura mãe.

O frio é considerado como um inimigo, sendo uma ameaça. As grávidas adotam práticas de forma a manter o equilíbrio entre o frio e o calor.

A sexualidade na gravidez é vista como a manutenção do relacionamento com o companheiro em associação com o bem-estar. Contudo, existe medo na expressão da sexualidade pois receiam causar danos físicos, malformações no feto e ameaça de um parto antecipado. As alterações físicas sentidas na gravidez levam à alteração da autoimagem e autoconceito, restringindo a sexualidade ao encontro sexual no casal sem sentimentos afetivos.

As crenças e os mitos tradicionais surgem do grupo social em que estão inseridas, sendo disseminadas no contexto familiar, levando a que durante a gravidez sejam postos em prática certos tipos de costumes.

Este estudo reflete como os comportamentos e práticas se configuram a partir de determinado tipo de crenças, valores, conhecimentos e costumes face à cultura em que as mulheres nascem, crescem e se desenvolvem. Considera-se significativo compreender as experiências e o contexto cultural de forma que os cuidados sejam prestados sob uma perspetiva cultural, envolvendo a estrutura familiar, social e espiritualidade da grávida. Tal reflete a necessidade de existir um cuidado culturalmente congruente por parte da equipa de saúde que é responsável pela assistência pré-natal que permita planear e aplicar eficazmente as ações de cuidado adaptadas às necessidades, crenças, valores e práticas da grávida de forma a auxiliá-la a manter ou alcançar o pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 4.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo demonstra que existe uma falta de conhecimento, por parte das grávidas, relativamente a determinadas práticas envolvidas na expressão da sexualidade. Sendo que esta componente do ser humano acaba por estar comprometida durante a gravidez, quer pelo estabelecimento de laços afetivos perante o companheiro, quer pela alteração do corpo que a mulher apresenta, limitando a vivência da sexualidade a um encontro sexual entre o casal. Assim, evidencia-se a necessidade da existência de um cuidado culturalmente congruente por parte da equipa de saúde responsável pela assistência pré-natal de forma a alcançar o conhecimento que permita planear e aplicar as ações adaptadas às necessidades, crenças, valores e práticas da grávida que ajudem a manutenção ou alcance do pleno bem-estar físico, mental, social e espiritual.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Maya, E. T., Boamahl, M. O., Agyabeng, K., Srofennyoh E., Mumuni, K., Samba, M.

“Determinantes da disfunção sexual na gravidez num hospital terciário no Gana”

➤ **Ano da Publicação:** 20 de julho de julho de 2023

➤ **País de origem:** Gana

➤ **Objetivos:** determinar os fatores associados à disfunção sexual na gravidez.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Estudo transversal

O estudo foi aprovado pelo Comité de Revisão de Ética do Serviço de Saúde do Gana e todos os participantes forneceram o seu consentimento informado.

Foram recrutadas 427 mulheres casadas ou que coabitavam com o companheiro há pelo menos 4 semanas, antes da realização da pesquisa, e grávidas de pelo menos 8 semanas.

O índice de função sexual feminino foi o instrumento mobilizado para avaliar a função sexual. A variável dependente de interesse foi a disfunção sexual. As

participantes com pontuação igual ou inferior a 26,5 foram classificadas como tendo disfunção sexual e superior a 26,5 como não tendo disfunção sexual.

As variáveis independentes foram a idade, etnia, estado civil, tempo de casamento/tempo de coabitação, escolaridade, emprego, nº de partos, tipo de partos, nº de abortos espontâneos, abortos induzidos, nº de parceiros sexuais ao longo da vida, idade gestacional e IMC.

O teste qui-quadrado foi utilizado para testes de associação entre variáveis categóricas independentes. O teste t de Student foi utilizado para diferenças nas médias de variáveis contínuas independentes normalmente distribuídas e o teste U de Mann Whitney também foi utilizado quando os pressupostos de normalidade não foram preconizados.

Foram entrevistados 427 participantes no estudo, sendo que dois dos questionários foram excluídos da análise devido à informação incompleta dos dados, e os restantes 425 foram analisados.

Foi mobilizado o modelo de regressão logística múltipla tendo o valor de $p < 0,05$.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Índice de Função Sexual Feminina

Interpretação desenvolvida:

A idade média das entrevistadas foi de 30,8 anos, a idade média dos respetivos conjugues foi de 36,4 anos, a idade gestacional média das participantes foi 32,3 semanas, e o IMC médio foi 31,1kg/m². Foram encontradas associações significativas entre a disfunção sexual e os seguintes fatores sociodemográficos: situação profissional, estado civil e o tempo de relação com o parceiro. A probabilidade de disfunção sexual durante a gravidez é 88% maior entre as mulheres que coabitam em comparação com as que eram casadas. No que diz respeito à duração da permanência com o parceiro, cada ano de permanência juntos (seja no casamento ou na coabitação) aumenta em 8 por cento as probabilidades de disfunção sexual na gravidez. Este estudo indica que o casamento é um fator de proteção contra a disfunção sexual feminina enquanto a coabitação aumenta a probabilidade de a mulher ter disfunção sexual. Tal sugere que o casamento proporciona uma melhor estrutura no relacionamento para o casal, sendo que os coabitantes podem sofrer incertezas psicossociais quanto à formalização da sua

união, o que pode afetar a sua função sexual, contudo seriam necessários mais estudos para determinar as razões desta ocorrência de resultados. Por outro lado, o tempo de duração da relação, quer no casamento, quer nos que coabitam, traduz-se numa maior probabilidade de disfunção sexual tal é justificado pela perda de novidade na dinâmica sexual o que leva à diminuição da satisfação. Um estudo desenvolvido por Liu demonstrou que à medida que aumenta a duração do casamento, aumenta a probabilidade casos extraconjugais sendo a principal razão do afastamento entre os membros dos casais. Assim, é necessário a mobilização de esforços e recursos conscientes de forma a serem direcionados para a sexualidade do casal de forma a promover uma melhor função sexual pelo maior tempo possível, incluído no período gravídico. Os profissionais da área de saúde materna e obstetrícia devem ter estes fatores (coabitação e a duração da relação conjugal) em mente quando prestam cuidados a mulheres grávidas.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 3.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo demonstra que é de extrema importância ter conhecimento de que existem fatores sociodemográficos que apresentam impacto na forma como a relação conjugal é vivida e sentida. Daí surge a necessidade de uma colheita de dados pormenorizada a fim de identificar e adequar os cuidados de forma a potenciar a função sexual do casal. O estudo demonstrou que, por um lado, o casamento é um estado de união que sugere uma estabilidade e compromisso, mas por outro, a duração da relação pode levar a que exista uma diminuição da procura pelo parceiro. Estes aspetos devem ser trabalhados por parte do enfermeiro no que toca ao uso de estratégias que sejam inovadoras causadoras de satisfação na mulher, evitando a disfunção sexual na gravidez.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M.

“Efeito da gravidez na função sexual dos casais”

➤ **Ano da Publicação:** junho 2018

➤ **País de origem:** Irão

➤ **Objetivos:** avaliar os efeitos da gravidez na função sexual dos casais.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Estudo de coorte prospetivo

Foram abordados 123 casais através de um questionário, entre janeiro de 2015 e setembro de 2016. A relação teria de ser duradoura e teriam de saber ler. Durante as consultas pré-natais a função sexual dos casais foi avaliada usando o Índice de função erétil da versão iraniana em homens e o índice de função sexual feminina nas mulheres. O índice internacional de função erétil é uma ferramenta de autorrelato multidimensional amplamente utilizada para a avaliação da função sexual masculina, os cinco domínios incluem função erétil (seis itens), função orgástica (dois itens), desejo sexual (dois itens), satisfação sexual e

satisfação geral (dois itens). Pontuações mais altas indicam melhor funcionamento sexual.

Remetendo para o índice de função sexual feminina, este possui 19 questões e avalia seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante as últimas 4 semanas. A pontuação total pode variar de 2 a 36, onde pontuações mais altas estão associadas ao menor grau de disfunção sexual. As mulheres com pontuação igual ou inferior a 26 apresentam disfunção.

Inicialmente, a amostra contava com 178 casais, porém foram excluídos 55 derivado de situações de aborto, ameaça de aborto, partos pré-termo, hemorragias, internamentos derivados de pré-eclâmpsia e hiperémese gravídica.

Os maridos eram mais velhos que as suas esposas, não existindo associação significativa entre a idade e a disfunção sexual.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

A idade média das entrevistadas foi de 30,8 anos, a idade média dos respectivos conjugues foi de 36,4 anos, a idade gestacional média das participantes foi 32,3 semanas, e o IMC médio foi 31,1kg/m². Foram encontradas associações significativas entre a disfunção sexual e os seguintes fatores sociodemográficos: situação profissional, estado civil e o tempo de relação com o parceiro. A probabilidade de disfunção sexual durante a gravidez é 88% maior entre as mulheres que coabitam em comparação com as que eram casadas. No que diz respeito à duração da permanência com o parceiro, cada ano de permanência juntos (seja no casamento ou na coabitação) aumenta em 8 por cento as probabilidades de disfunção sexual na gravidez. Este estudo indica que o casamento é um fator de proteção contra a disfunção sexual feminina enquanto a coabitação aumenta a probabilidade de a mulher ter disfunção sexual. Tal sugere que o casamento proporciona uma melhor estrutura no relacionamento para o casal, sendo que os coabitantes podem sofrer incertezas psicossociais quanto à formalização da sua união, o que pode afetar a sua função sexual, contudo seriam necessários mais estudos para determinar as razões desta ocorrência de resultados. Por outro lado, o

tempo de duração da relação, quer no casamento, quer nos que coabitam, traduz-se numa maior probabilidade de disfunção sexual tal é justificado pela perda de novidade na dinâmica sexual o que leva à diminuição da satisfação. Um estudo desenvolvido por Liu demonstrou que à medida que aumenta a duração do casamento, aumenta a probabilidade casos extraconjugais sendo a principal razão do afastamento entre os membros dos casais. Assim, é necessário a mobilização de esforços e recursos conscientes de forma a serem direcionados para a sexualidade do casal de forma a promover uma melhor função sexual pelo maior tempo possível, incluído no período gravídico. Os profissionais da área de saúde materna e obstetrícia devem ter estes fatores (coabitação e a duração da relação conjugal) em mente quando prestam cuidados a mulheres grávidas.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 3.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo demonstra que é de extrema importância ter conhecimento de que existem fatores sociodemográficos que apresentam impacto na forma como a relação conjugal é vivida e sentida. Daí surge a necessidade de uma colheita de dados pormenorizada a fim de identificar e adequar os cuidados de forma a potenciar a função sexual do casal. O estudo demonstrou que, por um lado, o casamento é um estado de união que sugere uma estabilidade e compromisso, mas por outro, a duração da relação pode levar a que exista uma diminuição da procura pelo parceiro. Estes aspetos devem ser trabalhados por parte do enfermeiro no que toca ao uso de estratégias que sejam inovadoras causadoras de satisfação na mulher, evitando a disfunção sexual na gravidez.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Mutlu, E. N., Guleroylu, F. T.

“Efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual”

➤ **Ano da Publicação:** 14 maio 2023

➤ **País de origem:** Turquia

➤ **Objetivos:** determinar o efeito dos sintomas da gravidez na qualidade de vida sexual.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Descritivo Transversal

Este estudo foi realizado na clínica de obstetrícia e ginecologia do Hospital Municipal de Yozgat entre outubro de 2019 e abril de 2020 a 150 grávidas. Os critérios de inclusão foram os seguintes: consentir em participar do estudo; idade superior a 18 anos; ter uma única gravidez; não ter doença crónica; não apresentar quaisquer fatores de risco como anomalia placentar, infeção, sangramento, rutura prematura de membranas e ameaça de parto pré-termo durante a gravidez; não apresentar

doença psiquiátrica; não ter problema de comunicação; e não possuir nenhuma restrição face à vida sexual. Os critérios de exclusão incluem ser analfabeto e ter uma gravidez por meio de tratamento. Todos os participantes consentiram a sua participação. A aprovação ética foi obtida do Comitê de Ética de Pesquisa Clínica Não Intervencionista da Universidade Yozgat Bozok.

Ferramentas de Colheita de Dados: os dados da pesquisa foram colhidos pelo Formulário de Informações Pessoais e Obstétricas, do Inventário de Sintomas da Gravidez, e da escala de Qualidade de Vida Sexual Feminina. O formulário de informações pessoais e obstétricas foi elaborado pelos pesquisadores de acordo com a literatura, incluía 20 questões sobre características sociodemográficas, obstétricas e da vida sexual. O inventário de sintomas de gravidez foi desenvolvido por Foxcroft *et al* em 2013, onde inclui 42 itens que avaliam a frequência dos sintomas experienciados durante a gravidez e a limitação das atividades diárias derivada dos sintomas, é utilizada uma escala do tipo Likert de 4 pontos e a pontuação total que pode ser obtida varia entre 0 e 126 (pontuações mais altas sugerem aumento da frequência de sintomas sentidos). Face à limitação das atividades diárias a pontuação varia entre 42 e 126, pontuações mais altas indicam uma maior limitação das atividades diárias derivada dos sintomas. A escala de qualidade de vida sexual feminina foi desenvolvida por Symonds *et al* em 2005, é idêntica à de Likert de 6 pontos e inclui 18 itens baseados na vida sexual dos participantes nas últimas 4 semanas, as pontuações variam entre 18 e 108, uma pontuação mais elevada indica uma boa qualidade de vida sexual.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V25. As comparações das pontuações dos sintomas e da limitação da vida diária de acordo com as características dos participantes foram feitas com um teste de t independente de duas amostras para variáveis com duas categorias, e uma análise de variância unidirecional foi usada para variáveis com três ou mais categorias. O efeito dos resultados dos sintomas da gravidez e da limitação das tarefas diárias, nas pontuações da qualidade de vida sexual foi avaliado através da regressão linear. O valor de $p < 0,05$ foi aceite como estatisticamente significativo.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

A média de idades das grávidas foi de 27,7 anos e verificou-se que 72,7% da amostra planeou a gravidez. Adicionalmente, 48,7% das participantes afirmaram que os problemas vivenciados durante a gravidez não afetaram a sua dinâmica sexual. A pontuação da qualidade de vida sexual diminui à medida que as pontuações sobre os sintomas e a limitação de atividades aumentam. Foi encontrada uma forte correlação positiva entre os scores sintomas sentidos na gravidez e limitação das atividades diárias.

A pontuação média obtida nos sintomas sentidos na gravidez foi de 45,31, a pontuação obtida na limitação das atividades de vida diárias derivada dos sintomas foi de 68,18. Ambas ficaram abaixo do nível médio. No que remete à qualidade de vida sexual, a pontuação ficou acima do nível médio com 75,49.

A sexualidade continua durante a gravidez porém, as alterações ou sintomas vivenciados nesse período podem afetar a saúde sexual da gestante. As mulheres grávidas podem evitar relações sexuais ou ter problemas sexuais devido a vários sintomas que apresentam. Através deste estudo afirma-se que a gravidez reduz a qualidade da vida sexual. Constata-se também que a qualidade de vida sexual diminui à medida que os sintomas e a limitação das atividades diárias aumentam. A gravidez é um período de mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e sexuais para as mulheres, e por isso, situações como polaquiúria, desconfortos gástricos, dores nas pernas, cãibras, náuseas e fadiga são fatores de disfunção sexual. Um outro estudo, descobriu que a imagem corporal positiva na gravidez apresenta um efeito positivo na relação sexual dos casais. Tal é justificado pelo impacto que as alterações físicas e mentais apresentam na vida sexual durante a gravidez.

Este estudo demonstra que os profissionais de saúde devem estar cientes dos sintomas vividos ao longo da gravidez de forma a serem realizadas intervenções apropriadas. Intervenções no âmbito da educação e aconselhamento sobre a vida sexual durante a gravidez devem ser prestados a todos os casais. A qualidade da vida sexual não deve ser negligenciada durante a gravidez e devem ser realizadas intervenções eficazes para eliminar ou reduzir o impacto dos efeitos negativos dos

sintomas ao longo da gravidez, tal como outros fatores que influenciam a qualidade da vida sexual. É ainda exposto a necessidade de mais estudos que avaliem as grávidas e os seus parceiros em conjunto, através de entrevistas detalhadas.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 3.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo destaca a importância que os desconfortos sentidos ao longo da gravidez têm impacto de forma negativa de como a grávida experiencia a sua sexualidade. Assim, torna-se relevante a abordagem junto da grávida/casal de estratégias que atenuem os mesmos de forma a não causar impacto na vivência da sexualidade em casal.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Golmohamadi, F., B., F., Motaghi, Z., Keramat, A., Nazari, A. M.,
Talasaz, F., H.

“Efeito do programa de enriquecimento sexual na satisfação sexual de mulheres grávidas no Irão: Um ensaio clínico randomizado”

➤ **Ano da Publicação:** 13 de outubro de 2022

➤ **País de origem:** Irão

➤ **Objetivos:** Determinar a eficácia de um programa de educação sexual na satisfação sexual de grávidas.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Ensaio clínico randomizado com dois grupos, um de intervenção e outro de controlo.

O estudo foi realizado de agosto de 2016 a fevereiro de 2017, no Irão em 61 mulheres grávidas. As idades variaram de 18 a 35 anos com idade gestacional de 14 a 32 semanas de gestação. Todas elas saudáveis, com uma gestação de baixo

risco com um único feto sem anomalias, sem qualquer tipo de problema sexual antes da gravidez, sem doença crónica e obstétrica, sem problemas de fertilidade e problemas obstétricos nas gestações anteriores e sem qualquer tipo de doença psíquica incluindo o companheiro. Quer as participantes, quer os seus maridos foram obrigados a não ter histórico de abuso de álcool e drogas e a ter, pelo menos, o ensino básico. Estes casais encontravam-se a ser acompanhados em 3 centros de saúde, e tiveram de responder a um questionário. Tendo em conta o estudo de Fatehizadeh, o tamanho mínimo da amostra estimado em cada grupo é de 30, a contar com a inclusão de 10% de desistentes da amostra, tendo sido selecionadas 65 pessoas para participar no estudo. Foram eleitas 71 mulheres sendo que destas, 65 consentiram em participar no estudo. O grupo de intervenção contou com 33 pessoas (3 abandonaram o estudo por não cumprirem com os requisitos durante o estudo), e o grupo de controlo com 32 (1 foi excluído por não preenchimento do questionário pós-teste). Após o consentimento por escrito dos participantes, todos os membros de ambos os grupos preencheram o questionário de Larsson sobre Satisfação Sexual. O grupo de intervenção, para além dos cuidados de saúde estipulados, recebeu sessões de aconselhamento sexual. O grupo de intervenção foi subdividido em 3 grupos compostos por 8, 10 e 12 pessoas. As aulas de aconselhamento e de educação sexual foram realizadas em seis sessões semanais de 1h para cada grupo, conduzida por uma investigadora parceira com formação em aconselhamento sexual. O conteúdo partilhado foi desenvolvido com base na literatura com a modificação de especialistas em sexologia tendo em conta a cultura iraniana e as necessidades educacionais das grávidas. As sessões baseavam-se em discussões em grupo com partilha de perguntas e respostas, apresentação de slides, definição de tarefas e validação das tarefas da sessão anterior. O grupo de controlo apenas recebeu os cuidados de saúde de rotina. Duas semanas após as intervenções, os dois grupos preencheram de novo o questionário de satisfação sexual de Larsson.

O questionário de satisfação sexual de Larsson foi projeto e desenvolvido por Hudson em 1981 e possui 25 itens numa escala de Likert que varia de 1 (nunca)

a 5 (sempre), exceto os itens 1,2,3,10,12,13,16,17,19,21,22 e 23 que são pontuados ao contrário. A pontuação mínima é 25 e a pontuação máxima é 125, uma pontuação de 25-50 indica insatisfação sexual, 51-75 baixa satisfação sexual, 76-100 satisfação sexual média e 101-125 alta satisfação sexual. Tal instrumento foi preenchido antes da intervenção e duas semanas após a última sessão dos grupos. A confiabilidade do questionário no estudo foi confirmada com alfa de Cronbach de 0,91. Bahrami *et al* (2016) examinaram a validade do conteúdo do questionário e referiram uma confiabilidade alfa de Cronbach de 0,93. Os dados foram analisados através do software SPSS (versão 21). A distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste t pareado e o teste t independente foram utilizados como testes apropriados para comparar as variáveis quantitativas em dois grupos e o teste do qui quadrado foi utilizado para comparar as variáveis qualitativas em dois grupos. Um valor de p inferior a 0,05 ($P < 0,05$) foi considerado estatisticamente significativo.

O programa seguia a seguinte ordem:

1ª sessão - Acolher e estabelecer relação com os participantes, apresentar as normas de sessão, número de sessões e orientar sobre o preenchimento dos questionários. Explicar o programa de educação sexual e o seu fim. Explicar a importância da relação sexual durante a gravidez e o seu impacto no sentimento de segurança do casal.

2ª sessão - Introdução de falsas crenças e inibidores das relações sexuais durante a gravidez. Exposição das alterações do sistema sexual e reprodutivo durante a gravidez. O método adequado de relação sexual durante a gravidez e os casos de contraindicação. Ensinar o primeiro tipo de toque (afetuoso) e configuração de tarefas.

3ª sessão – Rever a reunião anterior e verificar as tarefas. Falar sobre a experiência de transmitir o conteúdo ao cônjuge. Ensinar o segundo tipo de toque (sensual) e configuração de tarefas.

4ª sessão - Rever a reunião anterior e verificar as tarefas. Falar sobre a experiência de transmitir o conteúdo ao cônjuge. Ensinar o terceiro tipo de

toque (lúdico) e configuração de tarefas.

5ª sessão - Rever a reunião anterior e verificar as tarefas. Falar sobre a experiência de transmitir o conteúdo ao cônjuge. Ensinar o quarto tipo de toque (erótico) e configuração de tarefas.

6ª sessão - Rever a reunião anterior e verificar as tarefas. Falar sobre a experiência de transmitir o conteúdo ao cônjuge. Ensino do quinto tipo de toque (relação sexual) e ênfase na prática dos toques aprendidos. Instruir sobre como treinar no dia a dia. Enfatizar a repetição de habilidades para a sua estabilização.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

A idade média dos participantes do grupo de intervenção foi 27 anos e do grupo de controlo 30 anos. Face à escolaridade, 53,4% e 54,8% do grupo de intervenção e de controlo, respetivamente tinham escolaridade abaixo do ensino médio. A nível da situação profissional, 66,7% do grupo de intervenção e 77,4% do grupo de controlo era dona de casa. Não houve diferença significativa entre os dois grupos nas principais características tais como: ocupação, escolaridade, diferença de idade com o marido, ocupação do marido, escolaridade do marido, tipo de moradia, idade, idade com que casou, idade gestacional e o tempo de intervalo entre gestações. Em ambos os grupos, 88,1% das participantes eram multigestas 84,7% das gestações foram planeadas. Antes da intervenção, as pontuações médias de satisfação sexual foram de 113 (intervenção) e 110 (controlo). Porém, após as sessões, os resultados do teste t independente mostraram diferença significativa entre as pontuações da satisfação sexual nos dois grupos. Além disso, os resultados do teste t pareado também mostraram diferença significativa entre as pontuações da satisfação sexual antes e depois das sessões no grupo de intervenção. Em relação à frequência dos diferentes tipos de toque por semana, o toque afetivo foi o mais frequente e o toque sexual o menos frequente.

O presente estudo revelou que o programa de educação sexual pode ser eficaz para o aumento da satisfação sexual das grávidas. O programa do presente estudo concentrou-se na reformulação das atitudes dos participantes em

relação à atividade sexual durante a gravidez, envolvendo o fornecimento de conhecimento necessário para a obtenção de relações sexuais saudáveis. Formar as mulheres e aumentar o seu leque de informação reduz o medo e portanto, melhora a sua satisfação sexual. Recomenda-se assim, que os casais sejam bem educados para compreender as mudanças na função sexual durante a gravidez. Tal educação, além de reduzir o medo, reduz a preocupação dos casais e como resultado existe uma continuação da sua relação íntima durante a gravidez. A diminuição da satisfação sexual pode causar diminuição do bem-estar mental e causar perturbações no ciclo gravídico-puerperal. Assim, existe uma necessidade clara sobre aconselhamento e educação sexual durante a gravidez. Os resultados da investigação indicam que, mesmo aqueles que, não tiveram atividade sexual/relações sexuais plenas e usaram frequentemente toques não sexuais com manutenção de relações íntimas com os cônjuges, relataram uma satisfação sexual mais elevada do que aqueles que tinham. Esta constatação implica que a satisfação sexual não significa necessariamente relação sexual plena. Durante as relações afetivas, as mulheres têm maior probabilidade de se sentirem protegidas e experienciarem mais tranquilidade e conforto durante a gravidez. O comportamento sexual não genital é importante para a estimulação, prazer e orgasmo de muitas pessoas, existindo uma relação positiva entre o toque sexual e a satisfação com as relações emocionais (Galinsky,2012). Tal programa contribui também para o aumento da satisfação conjugal, apesar dos seus companheiros não estarem presentes nas sessões a partilha de informação e o diálogo acerca de questões relacionadas com a relação mostrou ser positivo.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 2.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O presente estudo revela-se bastante rico para a revisão em estudo. Por um lado, a criação de programas educacionais direcionados para a sexualidade traduz-se em resultados positivos para a dinâmica do casal, produzindo bem-estar mental no decurso do ciclo gravídico-puerperal da grávida. O fornecimento de informação e a estimulação dos laços afetivos e emocionais constitui-se em medidas potenciadoras

de satisfação sexual. Por outro lado, a autonomia da gestão dos cursos de preparação para a parentalidade surge como oportunidade da aplicação deste tipo de programas, que na sua essência são intervenções simples de aplicação e com custo reduzido na assistência pré-natal. Contudo, é necessário que as grávidas e respetivos acompanhantes apresentem disponibilidade para tal abordagem. Ainda assim, devido à dimensão e complexidade da temática, o profissional terá de se sentir à vontade na exposição dos conteúdos com uma estrutura bem organizada e consolidada. Neste caso, as sessões focaram-se em torno dos vários tipos de toque, contudo poderão ser exploradas outras ações/attitudes. Ainda assim, a desmistificação de crenças/mitos e as alterações sexuais/reprodutivas que se encontram modificadas no período da gravidez são outro ponto que dão outro tipo de confiança e segurança à grávida.

Referências bibliográficas:

- Galinsky AM. Toque sexual e dificuldades com excitação sexual e orgasmo entre adultos mais velhos nos EUA. Arch Sex Behav 2012;41:875-90. DOI: 10.1007/s10508-011-9873-7

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Sologuren-García G., Linares, C. L., Flores, J. R., Meija, C. R.

“Exercício da sexualidade em grávidas de Tacna”

➤ **Ano da Publicação:** 2020

➤ **País de origem:** Peru

➤ **Objetivos:** Determinar os fatores associados à sexualidade durante a gravidez e mostrar as alterações de cada trimestre.

➤ **Metodologia/métodos:**

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Transversal analítico.

A população foi de 3482 mulheres e através de uma amostragem de conveniência foi determinado um tamanho de amostra de 346 puérperas. Todas tiveram assistência durante o ano 2018 na maternidade do Hospital Hipólito Unanue em Tacna. As idades teriam que se situar entre os 15 e os 45 anos e o consentimento livre e esclarecido foi facultado. Foram excluídas as mulheres que apresentaram patologias durante a gestação.

Foi aplicado um questionário adaptado do Instrumento de Muñoz do qual foram removidas questões de seleção múltipla, exceto as que remetiam para dados obstétricos. Foram acrescentadas questões associadas ao tempo de relacionamento, informações sobre sexualidade obtidas pelo médico obstetra, atividades eróticas, jogos eróticos, tomada de iniciativa, prazer sexual e desconforto associado ao encontro sexual. Esta adaptação foi submetida a um teste piloto e revista por especialistas em sexologia. Foi composto por 47 itens distribuídos em 3 secções: Dados sociodemográficos, informações e crenças sobre a sexualidade e dados sobre relações sexuais aplicados por trimestre de gestação.

Os dados foram arquivados em Excel que após codificação foi processado no programa estatístico Stata versão 11.1. Para a obtenção de resultados foram obtidas as frequências percentuais das variáveis categóricas, além disso foram reportadas médias e desvio padrão. Os intervalos de confiança foram de 95% e o valor $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

Das 346 puérperas inquiridas, a idade média foi de 26 anos, 46,6% tinham o ensino secundário, 80,9% coabitavam com o companheiro, a primeira relação sexual teve uma mediana de 17,8 anos, 39,6% tinham tido dois parceiros sexuais e 58,1% eram primíparas.

49,4% referiram receber informação insuficiente sobre sexualidade durante a gravidez e 35,6% não a receberam. 32,1% acreditam que as relações sexuais prejudicam o feto, 55,5% consideram que as relações sexuais podem ser realizadas até um mês antes do parto e apenas 13,9% até ao final da gravidez. No 1º T 41,3% tiveram o desejo sexual reduzido e apenas 6,9% muito intenso. No 2ºT 50% vivenciaram intensamente e 18,8% não experienciaram. No 3ºT 27,7% tiveram intensidade leve e 26% não sentiram. 54,3% relataram ter tido uma relação sexual por semana no 1ºT diminuindo para 42,5% no 2ºT e depois aumentou para 63% no 3ºT. A principal prática erótica no 1ºT foi a relação sexual

(87,9%), no 2ºT foi a estimulação mútua (78%) aumentando para 81,2% durante o 3ºT.

28% afirmam não ter tido relações sexuais. No 1ºT 43,3% , no 2ºT 38,4% e no 3ºT 33,2% referem uma lubrificação vaginal natural. No 1ºT 44,8%, no 2ºT 41% e no 3ºT referem atingir o orgasmo com bastante facilidade. 41,9% nunca o atingiram e tiveram dificuldade em atingir durante o 1ºT. O prazer sexual é alcançado no 1ºT em 76,3%, no 2ºT 61,6% e no 3ºT 84,7%.

Verificou-se que mais de ¾ das mulheres afirmaram não receber informações sobre a sexualidade por parte do profissional, ou o fizeram de forma superficial. A sexualidade feminina é vista agregada ao medo e preconceito, agravando no período da gestação, permanecendo um tema tabu ou por vezes abordado de forma superficial gerando frustração, medo, incerteza, ansiedade, insegurança e conflitos. Verifica-se uma barreira na comunicação dos responsáveis de saúde pela assistência pré-natal, restringindo as intervenções à prevenção da morbidade e mortalidade perinatal.

Além disso, constata-se uma diminuição do prazer sexual durante a gravidez o que pode ser explicado pelas alterações progressivas que aparecem nesta fase como: náuseas, vômitos, sonolência, cansaço e outras relacionadas à aparência física (ganho de peso, volume), o que pode influenciar negativamente a sua vida sexual. Ver a sua imagem erótica alterada, sentir-se pouco atraente, faz com que perca o seu papel de sedutora e seduzida.

O desejo sexual foi caracterizado como sendo de pouco a moderadamente intenso. Nesse caso, o princípio individual da sexualidade permite compreender a intensidade vivenciada por cada indivíduo. Isso pode ser influenciado por fatores anatómicos, hormonais, psicológicos, emocionais e socioculturais . O desejo pode ser reprimido ou adiado, uma vez que o ser humano possui capacidade de autorregulação e controle.

As frequências dos encontros sexuais diminuíram com o avançar dos trimestres, sendo estatisticamente significativo. O pleno gozo da sexualidade nesta fase é

importante e só devem abster-se quando as circunstâncias assim o justificarem. Contudo, ressalta-se que o número de relações sexuais é relativo e não determina a sexualidade saudável em casal, por isso, o ponto-chave está na sua qualidade.

A principal prática erótica foi o ato sexual no 1ºT, porém, o que influenciou efetivamente a obtenção de prazer foi a estimulação de zonas erógenas que a grávida recebeu. Tal facto encontra-se condicionado pela concepção da sexualidade normativa da sociedade patriarcal que considera a relação peniano-vaginal como a única atividade que permite o gozo pleno e satisfatório do encontro sexual. A estimulação de zonas erógenas e a estimulação mútua, foram outras formas de expressão da sexualidade e do prazer recíproco. A adoção de várias posições sexuais foram diferentes de trimestre para trimestre o que vai ao encontro das alterações anatómicas configurando conforto à grávida. As brincadeiras eróticas que ocorreram ao longo da gravidez, geraram benefícios para a saúde do casal pois permitem vivenciar um prazer global e não se limitam ao prazer genital. O resultado da lubrificação vaginal é justificado pela presença de hormonas produzidas pela placenta aumentando o fluxo vaginal e a lubrificação.

A maioria das mulheres grávidas atingiu o orgasmo “com bastante facilidade”, o que foi associado à obtenção de prazer sexual. Devemos destacar que mais de um terço das mulheres do estudo relataram que “nunca” e “dificilmente” o obtiveram; Várias pesquisas indicam que o orgasmo é maior no primeiro trimestre do que no último. É indiscutível que o orgasmo é uma das experiências mais gratificantes. Contudo, devemos alertar "que considerar o orgasmo como um objetivo revela uma redução do exercício da sexualidade que gera pressão, tensão e uma atitude obsessiva para o atingir, limitando a capacidade de gozo para fortalecer a relação do casal, pelo que é importante valorizar o processo do encontro sexual" (Sologuren, 2018).

As mudanças no comportamento sexual são frequentes e iniciam-se logo após a concepção, e a sua direção e intensidade estão sujeitas a grandes variações individuais. É provável que estes estejam relacionados com o desenvolvimento

psicossexual da mulher, a sua personalidade, história pessoal, impacto da gravidez na sua saúde e o tipo de relacionamento com o companheiro (Piñero *et al*, 2011).

Constata-se que, a maioria das vezes, as grávidas não têm segurança ou confiança para consultar ou solicitar conselhos, seja por crenças ou vergonha. É imperativo desenvolver uma educação adequada por um profissional de saúde habilitado na área, pois nem todos possuem essa competência de responder às verdadeiras necessidades

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 3.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

São expostas algumas estratégias de forma a potenciar o encontro prazeroso em casal. Destaca-se a necessidade de abordagem dos desconfortos sentidos e a forma de atenuá-los, a educação para a saúde deve passar também pela abordagem de um diálogo em aberto com a mulher/casal de forma a compreender a sua perceção sobre a sexualidade. Preconiza-se que exista uma promoção e estimulação dos momentos a dois, não restringindo ao mero encontro sexual.

Referências bibliográficas:

- Piñero, S., Alarcos, G., Arenas, MT, Jiménez, V., Ortega, Ramiro, MJ. Características e modificaciones da sexualidade durante a gravidez. Nure Investig [Internet]. 2011;8(50). Disponível em <https://bit.ly/2wQ6hc2>;
- Sologuren, G. Banido. Prazer sexual é seu direito! Primeira edição. Peru: Fundo Editorial

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Farajkhodaa, T., Ashrafib, F., Bokaiea, M., Mahmoodabadic, H. Z.

“Programa de treino online comparado ao presencial para melhoria da intimidade sexual: Aconselhamento com abordagem cognitivo-comportamental em mulheres grávidas”

➤ **Ano da Publicação:** 10 de março de 2021

➤ **País de origem:** Irão

➤ **Objetivos:** Comparar as intervenções do desempenho sexual via online e presencial através de uma abordagem cognitivo-comportamental sobre intimidade sexual.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Intervencionista

Neste estudo, 91 mulheres grávidas acompanhadas na Clínica Baqhayipour de Shahid e Clínica Amir, entre dezembro de 2019 e junho de 2020 foram avaliadas para inclusão no estudo pelo segundo autor. Tais clínicas prestam cuidados a

mulheres grávidas com diversas condições socioculturais.

O tamanho da amostra foi calculado em 52 (26 em cada grupo) considerando um nível de significância de 5%. Depois de avaliada a elegibilidade das 91 grávidas para o estudo foi obtido o consentimento informado por escrito das 52 grávidas elegíveis. Tais foram alocadas aleatoriamente para cada grupo: 26 no grupo online e 26 no grupo presencial de aconselhamento sobre intimidade sexual. Tendo em conta a diminuição da eficácia das intervenções em grupos numerosos, foram constituídos dois subgrupos em cada grupo aleatoriamente.

Os critérios de inclusão foram mulheres iranianas com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, com idade gestacional de 20 a 24 semanas, que tivessem um relacionamento conjugal com relação sexual, possuíssem telemóvel e conhecimentos em internet. Como critérios de exclusão: apresentar disfunção sexual, participação noutro estudo semelhante em simultâneo, ter histórico de doenças ginecológicas/psicológicas e ter um processo de divórcio.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico onde incluía idade, escolaridade, ocupação, nº de filhos, duração do casamento, situação económica e idade gestacional. Foi mobilizado o questionário de Bagarozzi que avalia a intimidade sexual, é constituído por uma escala de 30 perguntas, sendo que cada uma tem 4 opções – sempre, às vezes, raramente e nunca- variando de 1 a 4 de pontuação. A pontuação máxima é de 120 e a mínima de 30. Cada grupo procedeu ao preenchimento antes da intervenção deste questionário. Foi ainda aplicada uma escala de satisfação sobre o aconselhamento, esta foi criada pelos autores e inclui 8 questões na escala de 0 a 10 incidindo sobre a eficácia das intervenções no âmbito da melhoria da intimidade sexual.

O segundo autor realizou seis sessões de 90 minutos do programa de treino para melhoria da intimidade sexual com abordagem cognitivo-comportamental com o mesmo conteúdo para ambos os grupos. Tal autor estudou e obteve o certificado de habilidades para realizar a técnica cognitivo-comportamental sob supervisão do primeiro, terceiro e quarto autores sendo este programa conduzido por estudos anteriores no âmbito do estudo.

Face ao grupo presencial

- 1ª sessão: Apresentação dos membros, descrição dos objetivos da sessão e comuns do grupo, explicitação do processo terapêutico e explicação da anatomia e fisiologia corporal. Determinar o problema, avaliar a forma de relação sexual, descrever as etapas da resposta sexual em homens e mulheres em cada fase do ciclo sexual,

explicar que o problema não é único, descrever a incompatibilidade de personalidade, a importância da terapia e atribuir trabalhos de casa.

- 2ª sessão: Ensinar o referencial da cognição, avaliação do problema do ponto de vista de cada cônjuge, corrigir as crenças incorretas sobre a relação sexual durante a gravidez, informar o casal sobre os tipos de pensamentos irracionais e o método de

Lidar com as crenças irracionais baseadas em distorções cognitivas. Avaliar a sessão anterior, conversar para criar estratégias comuns, ensinar habilidades de comunicação e habilidades verbais positivas, o efeito dos sentimentos sexuais na vida conjugal,

ensinar autoafirmação e falar sobre sentimentos e pensamentos com o cônjuge, corrigir as distorções cognitivas sobre o relacionamento sexual e atribuição de tarefas para casa.

- 3ª sessão: Avaliar a sessão anterior, ensinar sobre intimidade e as suas dimensões. Reforçar o relacionamento através da identificação dos diferentes interesses do cônjuge e respeitá-los, praticando a intimidade, o efeito da segurança sexual num relacionamento, mudando a atitude negativa em relação às questões sexuais. Ensinar técnicas de relaxamento e atribuir tarefas de casa.

- 4ª sessão: Avaliar a sessão anterior, ensinar métodos de melhoria do relacionamento e satisfação sexual, instruir sobre as diferentes posições sexuais. Explorar pensamentos negativos sobre a relação sexual e rever distorções cognitivas, explicar a importância dos preliminares e dos relacionamentos amorosos, intimidade sem relação sexual,

identificar as zonas erógenas do corpo, usar palavras sexuais, respeitar a higiene sexual,

descrever a função sexual e as suas alterações durante a gravidez.

- 5ª sessão: Avaliar a sessão anterior, avaliar os métodos de resolução de conflitos, definir o conceito de casamento, compreender os fatores inibidores da resolução de problemas e os efeitos das atitudes em relação a si próprio na resolução de problemas. Ensinar os métodos de resolução de conflitos sexuais, brainstorming positivo e regulação emocional resultantes da intimidade sexual, ensinar habilidades de resolução de problemas e explorar pensamentos negativos sobre o relacionamento sexual.

- 6ª sessão: Ensinar sobre a dinâmica doméstica e questões financeiras, conclusão. Foco nos pontos fracos e fortes perante os problemas sexuais, expondo as habilidades sexuais aprendidas que podem ser geradoras de intimidade sexual.

No grupo online (13 mulheres em cada subgrupo), as sessões de aconselhamento foram sob a forma de chat online com disponibilização de material de multimédia e realizadas uma vez por semana através do software de telecomunicações. O software “Skyroom” para responder às perguntas do estudo e o uso do WhatsApp para avaliar as tarefas dos participantes e responder às perguntas privadas destas, garantindo assim um espaço privado. O conteúdo foi apresentado em formato PowerPoint, vídeos, imagens e perguntas/respostas. As mulheres foram solicitadas a estar online no horário agendado, tirar as suas dúvidas e obter a consulta necessária com a pesquisadora.

O nível de progresso foi avaliado em ambos os grupos para avaliação das tarefas da sessão anterior. Foi pedido às mulheres que expressassem as mudanças que experimentaram no contexto das áreas aprendidas. Se a tarefa fosse realizada adequadamente, o pesquisador atribuía a próxima. Caso contrário, o resumo da tarefa anterior era revisto. O conselheiro fez a avaliação da tarefa e reviu o resumo da tarefa no grupo presencial. No grupo online, a avaliação foi feita por meio de perguntas e receção de fotos dos trabalhos de casa pela página pessoal das mulheres. Em ambos os grupos, as mulheres puderam fazer perguntas em particular após cada sessão. Ao verificar e avaliar o desempenho das participantes, o conselheiro garantiu que as mulheres receberam

aconselhamento adequado ou não. Além disso, o conselheiro verificou a lista de participantes no painel da sala de chat e viu os nomes de usuário das mulheres ausentes. Enquanto o grupo online preencheu os questionários do estudo, incluindo o questionário

sociodemográfico, o questionário de intimidade sexual de Botlani e a escala de satisfação sobre aconselhamento, o pesquisador converteu os questionários para o formulário online com o software Pors Online.

Para a análise foi usado o software SPSS. O teste qui-quadrado foi utilizado para análise dos dados qualitativos nos dois grupos. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para determinar a distribuição de normalidade dos dados. O teste T paramétrico de amostras independentes e medidas repetidas (ANOVA) foram utilizados para mensuração dos dados quantitativos com distribuição normal; e o teste não paramétrico U de Mann-Whitney e o teste de Wilcoxon foram utilizados para comparação dos dados sem distribuição normal.

O Comité de Ética da Universidade de Ciências Médicas Shahid Sadoughi, Yazd, Irã, aprovou a proposta do estudo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após explicação completa do objetivo do estudo e da intervenção.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

Das 52 participantes iniciais uma do grupo online e duas do grupo presencial foram excluídas do estudo, sendo incluídas 48 mulheres (25 no grupo online e 23 no grupo presencial). Não existiram diferenças significativas em termos de idade das mulheres, idade dos maridos, duração do casamento, renda familiar, idade gestacional, gravidez e o número de filhos entre os grupos.

As pontuações médias de intimidade sexual na 10ª semana foram estatisticamente significativas em comparação com o início do estudo. No entanto, não existiu diferença significativa face ao tipo de método de aconselhamento (online ou presencial). No geral, os scores médios de intimidade sexual foram maiores no grupo online. No final da 10ª semana em comparação com o final da 6ª semana existiu diferença estatisticamente

significativa, o que evidencia o efeito do programa sobre aconselhamento de como aumentar a intimidade sexual, demonstrando uma melhoria ao longo da interação. Este mecanismo de abordagem cognitivo-comportamental potencializa reforços e trocas positivas, ensinando habilidades de comunicação, mudando e modificando padrões de pensamento, mudando crenças falsas e irracionais e atitudes, ensinando a descobrir pensamentos distorcidos, lidar com problemas sexuais e ainda, métodos de resolução de conflitos que levam ao aumento da intimidade. O enriquecimento da comunicação é projetado para promover e enriquecer as relações entre pessoas próximas. Estes programas de melhoria ajudam as pessoas a desenvolver competências e relacionamentos íntimos em vez de reduzir os sintomas.

Em conclusão, deve ser mencionado que a intimidade sexual leva ao aumento das relações sexuais e satisfação entre os casais, além de reduzir os problemas sexuais. Intervenções para aumentar a intimidade sexual podem ter efeitos psicológicos e comportamentais positivos na atividade sexual. A educação sexual e o aconselhamento para mulheres grávidas aumentam a sua satisfação sexual durante a gravidez. Portanto, é recomendado que o aconselhamento sexual seja incluído nas sessões regulares do programa de cuidados na gravidez, o que ajuda na melhoria da intimidade sexual dos casais. O método via online também traz benefícios ao economizar recursos, tempo, custos e energia. Devido à prevalência de problemas sexuais e insatisfação conjugal durante a gravidez, o profissional de saúde deve perguntar à grávida sobre problemas sexuais e se apresenta algum sentimento como constrangimento, culpa, frustração sexual, stress, ansiedade e raiva, adotando ações e medidas apropriadas para minimizar o problema.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 1.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo revela essencialmente dois métodos eficazes de potenciar uma sexualidade positiva ao longo da gravidez. consiste essencialmente em programas direcionados para a intimidade onde são ensinados significados e métodos na dinâmica do casal. Tendo o EEESMO conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia da

gravidez, este torna-se um profissional de referência na abordagem destes conteúdos e criação de programas que abordem as várias vertentes da sexualidade, explorando emoções e sentimentos que unem o casal enquanto identidade.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Khalesi, Z. B., Bokaie, M., Attari, S. M.

“Satisfação sexual e de vida de mulheres grávidas”

➤ **Ano da Publicação:** 13 de agosto de 2020

➤ **País de origem:** Polónia

➤ **Objetivos:** avaliar a satisfação sexual e com a vida de grávidas.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo:

Este estudo foi realizado num grupo composto por 181 mulheres grávidas nos diferentes trimestres da gravidez, entre julho e novembro de 2018. Inclui grávidas acompanhadas nas aulas pré-natais e internadas por patologia.

Recorreu-se a um questionário composto por 17 questões divididas em 3 partes: dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, local de residência, situação profissional); entrevista sobre dados obstétricos (trimestre, índice obstétrico, idade dos filhos, tipo de parto anterior, presença do marido durante o trabalho de parto, realização de exercícios de Kegel); informações sobre a

relação (idade do cônjuge, número de anos juntos, conhecimento sobre a relação sexual e respectivas fontes, frequência da relação sexual). O Questionário de Satisfação Sexual, desenvolvido por M. Plopa, é um instrumento de pesquisa padronizado que inclui dez afirmações sobre os aspectos íntimos do relacionamento, que se encontra dividido em três dimensões: **carícia** – duas afirmações (satisfação ao tocar-se, preliminares), **proximidade** – seis afirmações (abertura, confiança, nível de relacionamento romântico, aceitação da fragrância) e **ato sexual** – duas afirmações (satisfação com a relação sexual, atingir o orgasmo). Os entrevistados avaliam a sua satisfação com os aspectos mencionados da vida sexual numa escala de cinco pontos (A – nenhuma satisfação, B – baixa satisfação, C – satisfação adequada, D – alta satisfação, E – satisfação máxima). A pontuação final é a soma dos pontos obtidos nas três dimensões (carícia, proximidade e sexo). Os resultados brutos são convertidos em pontuações sten e interpretados da seguinte forma: 1–4 – nível baixo, 5–6 – nível médio e 7–10 – alto nível de satisfação sexual. A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), desenvolvida por E. Diener, consiste em cinco afirmações com as quais os entrevistados podem concordar ou discordar, classificando as respostas numa escala de sete pontos: 7 - concordo totalmente, 6 - concordo, 5 - concordo ligeiramente, 4 – nem concordo nem discordo, 3 – discordo ligeiramente, 2 – discordo, 1 – discordo totalmente. O resultado obtido indica o nível geral de satisfação com a vida. Os níveis baixo, médio e alto de satisfação com a vida foram distinguidos usando normas sten.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS 24. O teste de Kolmogorov-Smirnov, o teste de conformidade de Shapiro-Wilk e o teste de Pearson foram utilizados para testes de independência.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

A média de idades foi de 29 anos, a maioria das mulheres vivem em cidades com população superior a 100000 habitantes. A graduação mais prevalente foi o bacharelato e mais de metade se encontrava a trabalhar, a maioria era casada ou tinha parceiro. A grande maioria da amostra encontrava-se no 3ºT (67,96%)

e 75,69% era a primeira gravidez, nas multíparas 64,86% tiveram um parto vaginal e 35,14% uma cesariana. A razão mais comum para não fazer os exercícios de Kegel foi a falta de conhecimento de como os fazer, entre outros estão a cesariana eletiva e a falta de iniciativa para os fazer. A idade média dos parceiros foi de 31 anos e o tempo juntos foi de 1 a 288 meses. A maioria das mulheres (80,66%) interessou-se pelo tema da sexualidade durante a gravidez e uma em cada cinco (19,34%) não demonstrou interesse por esta dimensão. Na maioria dos casos as mulheres obtiveram conhecimentos sobre a sexualidade junto de profissionais de saúde (68,75%) e na internet (71,92%). Apenas sete grávidas (4,86%) obtiveram conhecimentos junto de enfermeiras parteiras e seis (4,17%) nas aulas pré-natais. 89,5% negaram que a frequência das relações sexuais aumentou e 10,5% relataram maior frequência, 74,59% relataram menor frequência face ao estado prévio à gravidez. As grávidas estudadas obtiveram uma pontuação de 5 sten indicando uma média satisfação com proximidade e carícia, 6 sten um nível médio de satisfação sexual geral e 7sten alta satisfação com a relação sexual. Face ao nível de satisfação com a vida obtiveram, em média, um sten de 8 o que reflete uma alta satisfação (74.03%). A análise revelou que a satisfação com a vida está estatisticamente relacionada à satisfação sexual geral e satisfação com proximidade e carinho. Ou seja, grávidas com alto nível de satisfação sexual apresentaram níveis de vida mais elevados de satisfação. A análise da satisfação das mulheres com a vida em cada trimestre mostrou uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com a vida e o trimestre da gravidez, diminuindo à medida que a gravidez avança. Ainda assim, o aumento da frequência das relações sexuais deveu-se ao facto de se sentirem mais atraentes e diminuição da carga de trabalho. A razão mais comum para a redução da frequência das relações foi a presença de sintomas (44,44%). Todavia o medo de causar danos ao bebé durante a relação (28,15%) e o facto de se sentirem menos atraentes não sentindo interesse por parte do parceiro (22,96%) constituem-se em fatores para a redução da frequência das relações. Constata-se estatisticamente que as primíparas reduzem a frequência das suas relações sexuais em relação ao estado pré-

gravídico.

Verifica-se assim que a satisfação sexual tem impacto no bem-estar geral da vida da mulher e casal. No estudo, apenas 4,86% e 4,17% procuraram informação sobre sexualidade junto de parteiras e nas aulas pré-natais, respetivamente, o que reflete uma percentagem muito pequena pela procura de fontes profissionais. Destaca-se assim uma necessidade visível no acompanhamento dos cuidados pré-natais, incluindo o aconselhamento na vertente da sexualidade, realizado por profissionais da área de forma a minimizar os efeitos negativos da gravidez, promover a aceitação da mudança visual da mulher e a desconstrução de preocupações.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 1.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo reflete a importância que o enfermeiro especialista detém no acompanhamento pré-natal dado ser um profissional que apresenta competências para prestar o suporte que a mulher e casal necessitam numa fase de transição de papéis. O aconselhamento e a transmissão de informação sobre os aspetos que abrangem a sexualidade são precisos para a qualidade de vida do casal. Apesar da timidez se revelar como uma barreira na abordagem deste tema é necessário encará-lo como algo natural e pertencente a cada um. O enfermeiro deve ser a referência para este suporte mútuo. Outro aspeto que se destaca são os exercícios de Kegel que devem ser instruídos para promover a satisfação sexual. Debate-se as estratégias de redução dos sintomas negativos da gravidez que influenciam o bem-estar da grávida e ainda o recurso a estratégias que promovam a autoestima e a aparência da mulher.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Ugwu, E. O., Dim, C. C., Eleje G. U.

“Função sexual durante a gravidez numa população nigeriana: estudo longitudinal”

➤ **Ano da Publicação:** 19 de junho de 2023

➤ **País de origem:** Nigéria

➤ **Objetivos:** Determinar os efeitos dos diferentes trimestres da gravidez nas funções sexuais e os possíveis fatores de risco para a disfunção sexual na gravidez.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Desenho longitudinal

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade da Nigéria (UNTH) Ituku-Ozalla e no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Enugu (ESUTH) Parklane entre janeiro de 2021 e junho de 2022. Foi obtida autorização ética dos conselhos de revisão institucional da UNTH, Ituku-Ozalla,

Enugu. Foi também disponibilizado um consentimento informado por escrito a cada participante antes da inscrição no estudo.

A população do estudo corresponde a grávidas acompanhadas no período pré-natal nos dois centros supramencionados. Todas as grávidas agendadas para o atendimento pré-natal no 1ºT foram elegíveis para o estudo. Todavia, mulheres com gestações múltiplas, comorbilidades associadas e com incontinência urinária e/ou fecal foram excluídas do estudo. As participantes elegíveis foram consecutivamente recrutadas pelos autores e assistentes de pesquisa no momento da assistência pré-natal até que o tamanho da amostra desejado fosse alcançado. O tamanho mínimo da amostra calculado foi 236, contudo considerando uma taxa de atrito de 10% 270 mulheres foram recrutadas.

O recrutamento ocorreu com 13 ou menos semanas de gestação, existindo um acompanhamento pelos autores e pesquisadores ao longo do 2º e 3º Trimestres. Foram colhidos dados sociodemográficos das participantes e avaliado o índice de função sexual feminino no 1ºT. O acompanhamento pré-natal ocorreu mensalmente até à 28ª semana de gestação, quinzenalmente até à 36ª semana e depois semanalmente até ao momento do parto. No 2ºT, entre as 20 e as 24 semanas, e no 3ºT, entre as 36 e 38 semanas, as entrevistas foram repetidas para obtenção de dados sobre as funções sexuais mobilizando o questionário validado. Para minimizar a perda de acompanhamento, os números de telefone e endereços residenciais dos participantes foram obtidos com o respetivo consentimento. As participantes foram constantemente lembradas pelos autores e pelos assistentes de pesquisa para garantir que compareceriam às consultas pré-natais agendadas. Os auxiliares de pesquisa eram compostos por cinco obstetras e ginecologistas das unidades hospitalares.

O questionário mobilizado no estudo, índice de função sexual feminina, é um instrumento validado para a avaliação da função sexual que consiste em 19 questões relacionadas com os domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, pontuações mais altas refletem uma melhor função sexual (pontuação máxima de 36). As pontuações variam entre 2 e 36, a disfunção sexual foi sugerida para uma pontuação total do FSFI inferior a 26,5.

A análise dos dados foi feita utilizando o programa SPSS versão 26. A análise foi feita separadamente para as pontuações totais médias do FSFI e as pontuações médias dos domínios do FSFI e, em seguida, comparada entre os três trimestres usando a ANOVA. Uma comparação pareada de Bonferroni com o teste t de Student também foi usada para testar a associação significativa entre os trimestres. As proporções foram comparadas usando os testes de qui-quadrado ou de Fisher, consoante apropriado, e os fatores de risco foram determinados através da análise de regressão logística multivariada. Um valor p 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Um total de 270 mulheres foram elegíveis para o estudo, contudo 20 foram excluídas pelos critérios de exclusão e 7 recusaram dar consentimento. Das 250 mulheres inscritas, 223 concluíram o estudo, enquanto 27 perderam o acompanhamento.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

Das 223 participantes, 26,9% eram nulíparas (n=60), 64,1% (n=143) eram múltiparas e 10% (n=20) eram grande múltiparas. A idade média foi de 30 anos ao passo que a idade gestacional média no recrutamento foi de 11 semanas. As pontuações totais médias do índice de função sexual feminino foi de 27 (1ºT), 24 (2ºT) e 24 (3ºT), o que se verifica um declínio nos 2º e 3º trimestres traduzindo-se em disfunção sexual nestes períodos, ao passo que no 1ºT corresponde uma função sexual normal. Os domínios excitação, orgasmo, satisfação e dor foram reduzidos nos 2º e 3º trimestres. Em relação à frequência do ato sexual existiu um declínio significativo na frequência média por semana no 2º e 3º trimestres quando comparado ao 1ºT.

A taxa geral de disfunção sexual entre os participantes foi de 50,7% (n=113), tendo como fatores para tal facto a idade, estado civil de casado, escolaridade inferior ao ensino superior, classe social baixa, multiparidade, amamentação na gravidez, complicações no início da gravidez e história de cesariana. Sendo que

os preditores que mais correlação apresentam com a disfunção sexual são a idade, multiparidade e história prévia de cesariana.

Constata-se que a função sexual diminui ao longo dos trimestres, com evidencia na redução da pontuação no índice de função sexual feminino atingindo o nível de disfunção sexual. A função sexual e a frequência do ato sexual foram melhores no 1ºT face aos outros trimestres, o que pode estar relacionado com os níveis hormonais de progesterona que têm efeito na função sexual aumentando com o avançar da gravidez. O estudo também observou que a função sexual diminuiu significativamente no segundo trimestre e ainda mais no terceiro trimestre. Isto sugere que o aumento dos níveis de esteroides e as alterações fisiológicas na gravidez, incluindo alterações na biometria fetal e no volume de líquido amniótico, podem afetar a função sexual à medida que a gravidez avança. O conhecimento dessas alterações observadas na função sexual durante a gravidez será útil para os profissionais que realizam o acompanhamento de mulheres sobre a saúde sexual e no alívio de ansiedades relacionadas ao longo da prestação dos cuidados pré-natais. O declínio pode contribuir para a desarmonia conjugal e a infidelidade conjugal por parte dos homens, observada no final da gravidez, que são agravadas em culturas onde as mulheres evitam a atividade sexual no final da gravidez devido a algumas crenças socioculturais e religiosas.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 3.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O presente estudo faz referência à discussão das questões relativas à sexualidade durante a prestação de cuidados pré-natais por parte dos profissionais de saúde especializados. Tal concepção permite que as grávidas obtenham a informação que existem mudanças que são fisiológicas e expectáveis podendo ter interferência na forma como expressam a sua sexualidade, o que contribui para o alívio das suas ansiedades e melhoria do seu estado de bem-estar.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Carrasco, F. J. F., Mey, U. G., Díaz, L. R., Lara J. M. V., Salgado, J. G., Carreño, T. P.

“Significado das mudanças de afeto durante a gravidez: Intimidade, Paixão e Compromisso”

➤ **Ano da Publicação:** 26 de junho de 2019

➤ **País de origem:** Suíça

➤ **Objetivos:** Analisar as alterações ocorridas na saúde afetiva entre os membros de um casal durante a gravidez.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Descritivo Transversal

A população do estudo foi constituída por casais que visitaram o Centro de Saúde em Estepona (Espanha) na sua primeira consulta pré-natal entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018. Os critérios de inclusão foram: grávidas

recrutadas desde a primeira consulta de pré-natal e seus respectivos parceiros, ambos com nacionalidade espanhola. Os critérios de exclusão incluíram: grávidas que não foram recrutadas desde o início da gravidez, mulheres que desenvolveram algum tipo de doença durante a gravidez e grávidas cujos parceiros recusaram a participação no estudo. Inicialmente, foram selecionados 147 casais, contudo, foram excluídos 39 pelo facto de os companheiros não desejarem participar no estudo sendo incluídos 108 casais para o presente estudo.

O estudo analisou as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, número de abortos espontâneos e o tipo de compromisso através de um questionário. Foi mobilizada a escala amorosa de Sternberg aplicada em 4 momentos: no início da gestação na primeira consulta pré-natal (antes da 9ª semana de gestação), na 12ª semana de gestação, entre a 20ª e a 24ª semana de gestação e após a 32ª semana de gestação.

A escala amorosa de Sternberg foi validada em Espanha por Carreño e Serrano. Todos os participantes assinaram por escrito um consentimento informado e a confidencialidade dos dados foi garantida dado que as informações foram registadas de forma anónima. O estudo obteve o consentimento dos diretores e aprovado pelo Comité de Ética e Pesquisa do Centro de Saúde de Estepona. A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS versão 23. Foram determinadas frequências percentuais para as variáveis qualitativas. Foram determinados desvios-padrão para as variáveis quantitativas. Para a análise bivariada foram utilizados a correlação de Pearson, teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis. Um $p < 0,05$ foi considerado significativo.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

A Teoria do Amor Triangular de Sternberg propõe 3 componentes sendo eles a intimidade, paixão e compromisso. O estudo revelou que a intimidade diminuiu ligeiramente durante o 1ºT, tendo sendo restabelecida lentamente durante o 2º e 3ºT atingindo níveis semelhantes prévios aos da gravidez. Tanto na intimidade como na paixão existiu uma queda durante o 1ºT, isso pode ser justificado pelo

facto de a mulher sentir desconfortos tais como náuseas e apresentar uma hipersensibilidade notória. Tais situações a fazem sentir menos interessada na expressão da paixão e nos momentos mais íntimos. Além disso, acresce o facto de existir a crença de que um aborto espontâneo possa surgir como resultado do contacto sexual, diminuindo assim a expressão da intimidade e paixão. Além disso, outro fator existente é o número de filhos, é provável que as mulheres que necessitam de cuidar de mais filhos apresentem menos disponibilidade para os seus parceiros, diminuindo assim o contacto íntimo. Estudos demonstram que a transição para a parentalidade pode interferir na vida sexual e na parceria dentro do casal e que as relações conjugais e as relações entre pais e filhos estão interrelacionadas. No que toca à paixão, esta não difere entre os sexos, contudo existiu um declínio no 1ºT tanto em homens como em mulheres, sendo recuperada com o avanço da gestação. Face ao compromisso, as mulheres revelaram um maior nível de compromisso do que os homens, todavia, à medida que a gravidez progredia o compromisso foi sendo mais forte entre os homens. O estudo conclui que o amor que pode existir pelo parceiro é diferente ao longo do decorrer do relacionamento, mudando ao longo das diferentes fases e situações da vida. Apesar de uma mudança significativa no que toca ao compromisso, em especial nos homens, durante a gravidez, não foram encontradas alterações nos afetos. No final da gravidez, os homens atingiram níveis de compromisso mais elevados do que antes da gestação, enquanto as mulheres mantiveram o mesmo nível durante toda a gravidez. Tal estudo demonstra que a gravidez, como evento no casal, tem impacto no relacionamento. Ainda assim, tais resultados são úteis para compreender que o ambiente de amor e de carinho entre o casal corresponde ao que acolherá o futuro bebé.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 4.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este estudo expõe três componentes do relacionamento do casal sendo eles o amor, a paixão e o compromisso. Tais sentimentos são o motor da relação que une as duas pessoas e que pode sofrer alterações com o evento da gravidez, sendo ela planeada

ou não, tendo impacto ao nível da transição para a parentalidade. Para o enfermeiro especialista este deve compreender como é a relação do casal e promover estratégias que potenciem estes sentimentos de forma a potenciar a harmonia entre os dois elementos que estão a gerar um ser que crescerá nesse mesmo ambiente.

Appendix IV: Data extraction instrument (1)

Título da Revisão: Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Questão: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no âmbito da sexualidade durante a gravidez?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Conceito: Sexualidade; Gravidez; Cuidados de Enfermagem

Contexto: Cuidados de Saúde

Autor/es: Alizadeh, S., Riazi, H., Majad, H. A., Ozgoli, G.

“O efeito da educação em saúde sexual na atividade sexual, qualidade de vida sexual e violência sexual na gravidez: um estudo prospetivo randomizado e controlado”

➤ **Ano da Publicação:** 26 de abril de 2021

➤ **País de origem:** Irã

➤ **Objetivos:** Investigar os efeitos de um pacote de educação em saúde sexual nas dimensões da saúde sexual em mulheres grávidas.

Metodologia/métodos:

Método Utilizado: Quantitativo

Tipo de Estudo: Ensaio clínico randomizado e longitudinal

A amostra é composta por grávidas que recorreram aos centros de saúde de Rasht desde setembro de 2018 a maio de 2019. Os critérios de inclusão foram: idades compreendidas entre os 18 e 45 anos, idade gestacional inferior a 14 semanas assinar consentimento para participar no estudo, sem patologias

associadas, sem consumo de fármacos que interfiram na função sexual, sem consumo de substâncias psicoativas, gravidez de baixo risco, não ter vivenciado um processo de stress nos últimos anos tal como a morte de uma criança e não ter problemas conjugais. Os critérios de exclusão basearam-se na desistência de participar no estudo e uma gravidez de alto risco.

Após permissão, foram selecionados 225 participantes aleatoriamente (75 por grupo). Foi realizada uma amostragem aleatória por conglomerados em Rasht e a cidade foi dividida em cinco regiões: leste, oeste, norte, sul e centro. Três dessas áreas, incluindo leste, oeste e centro, foram selecionados aleatoriamente. Na etapa seguinte, os participantes foram atribuídos aleatoriamente aos diferentes grupos. Através de 225 números aleatórios classificou-se a cada as letras A, B e C, constituindo os três grupos do estudo. Para evitar viés da amostra foram feitos esforços para selecionar os centros de saúde de cada região da mesma área urbana com contextos socioeconómicos e culturais comparáveis.

O Pacote de Educação em Saúde Sexual elaborado com base no Instituto Nacional de Saúde e nas Diretrizes de Excelência Clínica tinham duas partes: um para profissionais de saúde e outro para grávidas. Os materiais educativos utilizados durante a gravidez (uma

sessão para cada trimestre de gravidez) incluíram as dimensões mais importantes da saúde sexual. O conteúdo do pacote incluía notas sobre o sistema reprodutivo do homem e da mulher, alterações fisiológicas durante a gravidez, alterações emocionais e psicológicas durante a gravidez, fases do ciclo de resposta sexual e diferenças físicas e psicológicas entre homens e mulheres, atividade sexual e as mudanças na gravidez, fatores que afetam a atividade sexual na gravidez, dicas de higiene pessoal e sexual em gravidez por trimestre, educação sobre intimidade, satisfação conjugal, diferentes posições sexuais adequadas a cada trimestre, restrições sexuais durante a gravidez, crenças, violência doméstica durante a gravidez, mudanças sexuais após o parto e o reiniciar a atividade sexual após o parto. A investigadora apresentou a proposta educacional aos participantes com recurso a um panfleto usando uma

linguagem simples.

Grupo A (primeiro grupo de intervenção)– este grupo recebeu o pacote de educação em saúde sexual em 3 sessões de 90 minutos, uma em cada trimestre (a primeira antes das 14S, a segunda até às 28S e a terceira até às 32S). As turmas foram divididas em grupos de 5 com 12 participantes, foram realizados um formulário demográfico e alguns questionários. As aulas foram realizadas com base no pacote em forma de palestra com perguntas e respostas para envolver as participantes. Ao final de cada aula, as mulheres receberam um livrete para consultar e compartilhar com os seus cônjuges . No último mês da gestação (36-40S), os questionários foram aplicados de novo para verificar e avaliar a sua saúde sexual.

Grupo B (segundo grupo de intervenção) – envolveu o uso do pacote de educação sobre saúde sexual em regime de autotreinamento em cada trimestre e receberam questionários para preencher em cada trimestre e no final da gravidez.

Grupo C (grupo de controlo) –_recebeu cuidados de rotina com base na assistência pré-natal de acordo com as Diretrizes Nacionais para a Prestação de Serviços de Obstetrícia e Parto do Ministério da Saúde, sem educação sexual. Foram igualmente aplicados questionários em cada trimestre da gravidez.

No início do estudo estavam 75 participantes atribuídas a cada grupo, contudo algumas foram removidas por questões obstétricas ou abandono por não querer continuar a participar no estudo.

Os questionários incluíram um formulário demográfico, o Pregnancy Sexual Response Inventory, o Sexual Quality of Life Female e o questionário de violência sexual. O primeiro inclui 26 itens sobre atividade sexual e respostas em 10 domínios incluindo: frequência das relações sexuais, desejo sexual, excitação sexual, orgasmo, satisfação sexual feminina, dispareunia, início sexual, problemas sexuais femininos/masculinos e problemas sexuais masculinos antes e durante a gravidez. A pontuação total é 100, sendo que uma pontuação abaixo de 25 indica um relacionamento e atividade sexual muito ruim, entre 25-50 indica ruim, 50-75 remete para um bom relacionamento e atividade sexual e 75-

100 excelente relacionamento e atividade sexual.

O questionário de qualidade de vida sexual feminina apresenta 18 itens avaliados segundo uma escala do tipo Likert. Itens 1,5,9,13 e 18 são classificados ao contrário. A pontuação mínima é 18 e a máxima 108. Este apresenta 4 domínios incluindo psicosexual, sentimentos, satisfação sexual e de relacionamento, inutilidade e repressão sexual. A pontuação global da qualidade de vida sexual é mais indicativa da qualidade de vida sexual desejada. Até 36 é classificada como ruim, 37-72 como média e 73-108 como boa.

Os dados foram analisados no software SPSS versão 23. Na secção da estatística descritiva foram reportados indicadores descritivos como a média e o desvio padrão. A

distribuição normal dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

O teste Qui-quadrado e ANOVA unidirecional, seguido do teste post-hoc de Tukey, foram utilizados para comparar os três grupos, e as comparações dos grupos nos quatro momentos (ou seja, antes da intervenção e no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação) foram realizados por meio do teste de Cochran e da ANOVA de medidas repetidas. Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. A análise foi realizada na população por protocolo.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Ciências Médicas Shahid Beheshti.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Interpretação desenvolvida:

No total participaram 154 grávidas divididas pelos três grupos. A média de idades foi de 28 (grupo A e B) e 29 no grupo de controlo. Quanto ao nível de escolaridade a maioria apresentava ensino médio e baixo. A maioria das mulheres estavam desempregadas e os seus cônjuges, a maioria, trabalhava por conta própria. Não houve diferenças estatisticamente significativas em termos de características demográficas, sociais e de obstetrícia.

O método de treino em grupo (A) foi mais eficaz nas respostas sexuais durante os diferentes momentos comparados ao grupo B e C, o que induz que a educação em

grupo com intervenções ativas tem efeitos nas respostas sexuais nas mulheres grávidas, existindo uma melhoria.

A qualidade de vida sexual é uma parte importante da qualidade de vida. A qualidade de vida sexual inclui um conjunto de atividades relacionadas com o relacionamento sexual e emocional com o cônjuge. Os resultados mostram que o score da qualidade de vida sexual geral aumentou no grupo A, sendo a máxima pontuação alcançada no 3ºT. existiu um decréscimo no final da gravidez podendo ser justificado pelo aumento de peso e volume do abdómen, redução da autoestima e da imagem corporal.

Os resultados do presente estudo mostram a eficácia do programa de formação concebido para melhorar as diferentes dimensões da saúde sexual durante a gravidez em grupos que recebem formação em comparação com o grupo de controlo, que apenas recebe os cuidados de assistência pré-natal essenciais. Os resultados mostram o efeito positivo da educação,

especialmente em sessões presenciais em grupo versus autoformação, na pontuação da atividade e respostas sexuais e na qualidade de vida sexual em mulheres grávidas. Face à abordagem de aprendizagem individual, a aprendizagem presencial pode ajudar as mulheres

grávidas a expressarem os seus problemas delicados com mais facilidade e, assim, receberem respostas mais precisas. De acordo com as presentes conclusões, manter e promover a saúde

sexual das mulheres grávidas, proporcionando-lhes formação em saúde sexual durante a gravidez, juntamente com outros serviços prestados por profissionais de saúde (especialmente parteiras), pode ajudar a melhorar a qualidade geral da saúde.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** 1.b.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Do artigo emerge a educação para a saúde numa vertente sexual, em que deve consistir num programa estruturado, contínuo e presencial abrangendo as várias fases da gestação. O EESMO surge como um profissional dotado e promotor da saúde sexual sendo responsável pela manutenção e alcance de uma saúde sexual saudável e plena, intervindo neste âmbito não se restringindo às orientações básicas

da vigilância pré-natal. É necessário maior dedicação e disponibilidade para a estruturação de programas que trabalhem os aspetos inerentes à saúde sexual de forma completa e com maior pormenor, sendo o EESMO o profissional de referência para tal.

Apêndice VI: Projeto de Investigação

Projeto de Investigação

Vivência da Sexualidade na Gravidez

Investigadora Principal: Enfermeira Beatriz de Matos

Professora Orientadora: Conceição Santiago

O presente projeto engloba a exposição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, gerais e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, inserido no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém.

A sexualidade constitui-se numa energia que promove a procura de amor, contacto, ternura e intimidade, influenciando a forma como sentimos, pensamos e agimos nas ações e relações, apresentando impacto ao nível da saúde física e mental (OMS, 1992 citado por Associação para o Planeamento da Família). Assim, limitar este termo apenas ao sentido biológico e reprodutivo não reflete a inclusão de todas as outras componentes que atualmente a caracterizam.

Com a gravidez e todos os outros fatores biopsicossociais inerentes, a sexualidade pode ser alvo de mudanças, trazendo impacto ao nível de como esta é experienciada. Deste modo, e dado ser um tema de difícil abordagem, quer dos profissionais de saúde, quer dos casais, considera-se de extrema importância para o bem-estar de cada um a vigilância e acompanhamento individualizado de forma a promover uma sexualidade plena. É reconhecido que a forma como a mulher se adapta a este novo ciclo depende da sua perceção prévia, envolve valores, crenças e sentimentos face à gravidez. A fase pré-natal surge como uma oportunidade para aquisição de novas práticas e novas descobertas, onde é possível exprimir medos, esclarecer dúvidas e obter informações corretas. Através do que foi referido pretende-se que exista uma manutenção da integridade física e mental indo ao encontro do bem-estar emocional, culminando numa vivência plena da sexualidade atingindo a qualidade de vida da mulher grávida e o seu companheiro (Maceiras e Ribeiro, citado por Néné *et al*, 2016).

A mulher, em todas as suas fases do seu ciclo reprodutivo, surge como foco dos cuidados da área de especialização em questão, devendo ser percecionada de forma individual no ambiente em que está inserida, tal como as inter-relações que mantém. O enfermeiro aplica as suas competências no que toca à assistência durante a gravidez de forma a potenciar a saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal e, por conseguinte, do casal. Assim, tal como se apresenta regido pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019), este profissional implementa programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover e vivências positivas da sexualidade (Decreto de Lei nº 85 2ª série, 2019).

Pelo cariz científico e técnico dos cuidados de enfermagem a metodologia mobilizada será uma Revisão Sistemática da Literatura, com base na evidência científica mais recente, e como instrumento de colheita de dados será a aplicação de uma entrevista semiestruturada. Como objetivos tem-se, respetivamente: explorar as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica face à vivência da sexualidade na gravidez e compreender as experiências da sexualidade ao longo da gravidez.

No que toca à entrevista, a recolha de dados preconiza-se de 20 de fevereiro de 2024 a 20 de março de 2024. As respostas são de carácter anónimo, sendo assegurados os princípios éticos no que toca à confidencialidade e consentimento informado dos dados. A entrevista terá a duração de 20 a 25 minutos em espaço privado e calmo. Após este momento, procede-se à fase de tratamento dos dados com recurso à análise qualitativa de *Bardin*, no período compreendido de 1 de abril a 20 de maio de 2024. Os resultados obtidos serão alvo de complemento com a respetiva revisão sistemática da literatura contemplados no relatório, a sua abordagem está preconizada entre 1 de junho e 1 de setembro de 2024. Com o término do relatório procede-se à discussão pública do mesmo com a apresentação dos resultados onde ainda não é possível expor o seu momento. Em anexo, encontra-se esquematizada a entrevista semiestruturada alvo do estudo, onde estão contempladas as questões a serem abordadas.

Referências Bibliográficas

- Associação para o Planeamento da Família, novembro de 2023. Disponível em: <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>;
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 85;
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Apêndice VII: Entrevista Semiestruturada

Caracterização da amostra

Amostra: 5 Puérperas internadas no serviço de puerpério do Hospital Distrital de Santarém.

Idade: _____

Habilitações: _____

Profissão: _____

Número de gestações: _____

Número de filhos: _____

A gravidez foi vigiada? _____

Quem realizou o acompanhamento? _____

Existiu alguma intercorrência na gravidez? Se sim qual(is)? _____

Gostaria de saber como vivenciou a sexualidade na gravidez, tendo em conta que existem vários aspetos inerentes a esta componente do ser humano.

Questões	Indicadores
1. Que expectativas e conhecimentos detinha sobre a sexualidade durante o período gravídico?	Expectativas/Conhecimentos
2. Sentiu uma vivência plena da sexualidade ao longo da gravidez, ou considera que em alguma fase existiu um compromisso ?	Sentimentos, desconfortos, angústias, emoções, pensamentos
3. Existiu um acompanhamento no âmbito da sexualidade durante a vigilância pré-natal? Que aspetos foram abordados no decorrer da mesma, nomeadamente nas consultas?	Intervenções no âmbito da educação para a saúde
4. Que tipo de intervenções considera que seriam importantes serem abordadas nas consultas a respeito da sexualidade?	Intervenções no âmbito da educação para a saúde
5. Que aspetos gostaria de acrescentar face à sexualidade?	Considerações finais

Apêndice VIII: Matriz de Análise de Conteúdo das Entrevistas

Tema	Categorias	Subcategorias	Indicadores/Unidade de Registo
<p>A vivência da sexualidade no casal durante a gravidez</p>	<p>Fatores facilitadores da Transição</p>	<p>Conhecimento</p>	<p>- “(...) não tive uma gravidez de risco, portanto não havia problema em manter a vida sexual.” (E1)</p>
		<p>Significados</p>	<p>- “ (...) senti-me sempre bem. . A nível do me apetite sexual tive alterações, talvez por saber que estava grávida e parece que vemos o corpo de uma maneira diferente.” (E1)</p> <p>- “Falámos sempre e mantivemos um diálogo (...)” (E1)</p> <p>- “Nunca fiquei preocupada que isso fosse danificar a relação.” (E1)</p> <p>- “Quando estou grávida vejo o corpo de maneira diferente (...)” (E1)</p> <p>- “(...) podemos manter a chama acesa de outras formas. “ (E1)</p> <p>- “ (...) de afetos ao longo da gravidez até aumentou (...)” (E2)</p>

	<p>- “Sentia-me feia e ele confortava-me e passava.” (E2)</p> <p>- “ (...) não queria que tivesse tanto tempo sem ter prazer.” (E3)</p> <p>- “sempre tivemos à vontade para falar sobre isso.” (E3)</p> <p>- “Eu noto vocês, enfermeiras mais novas, muito mais abertas e com predisposição, a geração é mais aberta.” (E5)</p>
<p>Flexibilidade e Integração</p>	<p>- “(...) deixei-me levar por aquilo que eu queria no momento. Não fiz disso um bicho de sete cabeças.” (E1)</p> <p>- “(...) era só uma fase que iria passar.” (E1)</p> <p>- “ (...) não só a nível sexual, mas toda a jornada que temos feito, esta transição de papéis. Foi um apoio espetacular.” (E2)</p> <p>- “(...) dava-me o espaço. (...) quando não me apetecia acabávamos por fazer outras coisas, também para o compensar.” (E3)</p> <p>- “(...) ele ao início achava estranho porque eu sempre puxei muito por ele na nossa relação. E com a gravidez isso mudou radicalmente.” (E3)</p> <p>- “O facto de falarmos e expormos o que pensávamos ajudou a não ser um problema na gravidez.” (E3)</p> <p>- “ (...) temos sempre os nossos momentos (...) Conseguimos gerir</p>

		sempre tudo, à nossa maneira, ao nosso tempo. “ (E4)
Fatores Inibidores da Transição	Condições Comunitárias	<p>- “Nunca existiu essa abordagem.” (E1)</p> <p>- “Seriam questões que preferia esclarecer junto da médica de família.” (E2)</p> <p>- “(...) as consultas de saúde materna nos centros de saúde são incompatíveis com os horários dos pais. E aí sim eu acho uma falha muito grande, pois é um grande apoio. E o nosso companheiro poderia questionar e tirar dúvidas mais técnicas que ele tem e que não me expõe. E o mesmo acontece com os horários dos cursos de preparação para o parto.” (E2)</p> <p>- “ (...)uma simples pergunta a perguntar como estão as coisas, se está tudo a correr bem, até para prevenir algum tipo de depressões ou baixa autoestima. É nesse sentido que eu acho que podia existir uma intervenção pois é algo que não se aborda. “ (E2)</p> <p>- “Face à sexualidade no curso apenas se falou dos métodos contraceptivos no pós-parto. “ (E3)</p> <p>- “Os profissionais só olham para a gravidez em si, mas por detrás disso existe amor e carinho.” (E4)</p>

		<p>- “Devia-se de pensar em tudo, deviam de questionar a mulher sobre como é que ela se sente, a nível do corpo, a nível de psicológico e falo do meu caso. Também acho importante existir uma abordagem com o esposo, e são postos de parte e isso não deveria de acontecer.” (E4)</p> <p>- “(...) nas consultas com o enfermeiro foi sempre tudo a despachar e apenas me mediam a pressão arterial, perguntavam se sentia o bebé e ficava por ali.” (E4)</p> <p>- “ Eu quando tenho dúvidas vou à internet, é a melhor maneira.” (E5)</p>
	<p>Preparação e Conhecimento</p>	<p>- “ Só mencionaram no curso de preparação para o parto que as relações poderiam ajudar a provocar o parto, foi o único momento onde houve uma abordagem.” (E1)</p> <p>- “ (...) é uma primeira gravidez, não sabia de nada não é.” (E2)</p> <p>- “(...) nunca me sentia plena, os desconfortos que sentia eram um obstáculo. Mesmo com estratégias para os colmatar.” (E2)</p> <p>- “ Acredito que haja casais que precisem porque existem mudanças e isso pode levar a interpretações erradas por parte do companheiro.” (E3)</p> <p>- “ Estou sempre com o pensamento que vai ser doloroso e se estou a fazer alguma coisa de errado.” (E4)</p>

		<p>- “ às vezes não se aborda por vergonha.” (E5)</p>
	<p>Significados</p>	<p>- “ Tinha muita dificuldade para me sentir e ter disposição para o ato (...) tamanho da barriga, a posição, essas coisas todas, isso aí foi uma frustração pois uma pessoa sente-se gorda, grande e não consegue fazer nada.” (E2)</p> <p>- “ Houve momentos de frustração ao olhar para mim (...)” (E2)</p> <p>- “ Havia dias que estava de mau humor, sentia-me insuportável e não queria sequer que ele falasse comigo.” (E3)</p> <p>- “o meu corpo nunca mais foi o mesmo desde o último parto. Estou sempre com o pensamento que vai ser doloroso e se estou a fazer alguma coisa de errado. “ (E4)</p> <p>- “ (...)engordei quase 20kg, e isso interfere muito. “ (E5)</p>

Apêndice IX: Folhetos desenvolvidos na Comunidade

Alimentação na Gravidez

Na gravidez, a alimentação deverá ser completa, variada, equilibrada e segura.

Uma má nutrição materna é um fator que pode dar origem a complicações, quer para a mãe, quer para o feto.



UCSP Castanheira do Ribatejo

Escolha dos Alimentos

Carne, peixes e ovos: Consumir cerca de 100g ao almoço e ao jantar. Dar preferência às carnes magras, tais como frango, peru e coelho.

Cereais e derivados: Dar preferência aos cereais integrais pois são uma grande fonte de fibra e nutrientes. Optar pelo tipo de pão escuro será uma boa estratégia.

Leguminosas: Ideal para acompanhar as refeições principais ou colocar na sopa (grão, feijão, lentilhas).

Lactínicos: consumir cerca de 3 porções destes por dia.

Fruta e Horticolas: Consumir cerca de 3-4 porções de fruta, 2 sopas por dia antes das refeições principais. Os legumes devem ser o principal acompanhamento das refeições principais.

Frutos oleaginosos. São as nozes, amêndoas, caju, optar por comer uma porção (20g) 4 vezes por semana.

Confeccionar os alimentos com azeite e optar pela escolha de especiarias e ervas aromáticas em vez do sal.

Evite o consumo de alimentos processados, fritos, doces, snacks e bebidas açucaradas.

Invista na hidratação: Beba cerca de 8-10 copos de água por dia, pelo menos. Auxilia igualmente na sua saciedade.



A escolha alimentar é essencial para cuidar da sua saúde e a do seu bebé.

Cumpra com a Suplementação

Ferro
Ácido Fólico
Iodo

A suplementação deve ser cumprida mediante a dosagem prescrita pelo seu médico

Tenha uma rotina alimentar

Tenha uma rotina alimentar com refeições frequentes e regulares, pois contribui para o controlo glicémico, promovendo a saciedade e resultando em níveis de energia estáveis.

Desfrute de 3 refeições principais, pequeno almoço, almoço e jantar, e inclua 2 lanches intermédios entre elas, e ainda a ceia.

Não esquecer de optar por alimentos ricos em nutrientes!

Não se foque em dietas restritas

A gravidez não é o momento oportuno para fazer uma dieta, é importante selecionar as suas refeições de forma equilibradas sem colocar em risco o aporte nutricional. Inclua todos os grupos da roda dos alimentos.



Dica!

Ao montar o seu prato principal:

50% do prato com horticolas e legumes

25% correspondente à proteína (carne/ovo/peixe)

25% constituir-se com hidratos de carbono (massa/arroz/batata)



Não esquecer:

- Lavar as mãos antes de iniciar a preparação da refeição;
- Higienizar a superfície onde vai preparar e confeccionar os alimentos;
- Cozinhar bem os alimentos;
- Separar os alimentos crus dos cozinhados;
- Refrigerar os alimentos a temperaturas seguras depois de cozinhados (preferencialmente abaixo de 5°C).

O desenvolvimento do seu bebé depende de si!

Siga as recomendações



Enf. Rosa, Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
Enf. Beatriz, Mentora da Especialização em Saúde Materna e Obstétrica
UCSP Castanheira do Ribatejo | ESSE | P2 | 2024

Mitos sobre a penetração vaginal

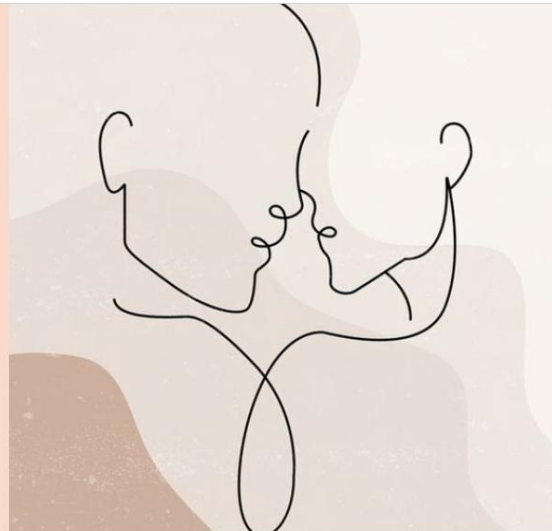
O ato sexual durante a gravidez não faz mal nem magoa o bebé: caso não exista contra-indicação médica, pode realizar a sua vida íntima de forma normal. Ainda assim, o bebé encontra-se protegido pelas estruturas que o envolvem (útero, saco amniótico e líquido amniótico).

Contraindicações para a penetração vaginal:

Em caso de: hemorragia vaginal ativa, rotura prematura de membranas, história de abortos repetitivos, casos de partos pré-termo, dilatação prematura do colo e descolamento de placenta.

Em caso de dúvidas ou medos, informe-se junto de um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica de forma a providenciar informação segura para que viva a sua sexualidade, e em casal, do modo mais proveitoso e pleno ao longo da gravidez.

UCSP Castanheira do Ribatejo | ESSS, IP Santarém
Enf. Rosa, Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
Enf. Beatriz de Matos, Mestranda da Especialização em Saúde Materna e Obstétrica



Sexualidade

Na Gravidez

A gravidez é caracterizada por mudanças a nível físico, psicológico, social e emocional, o que requer uma adaptação e a obtenção de novos hábitos. Durante esta fase o interesse sexual, a frequência e a satisfação sexual podem sofrer alterações o que exige uma abertura na comunicação, compreensão, suporte, flexibilidade e criatividade no casal.



Uma adaptação...

No **1º Trimestre** estão presentes as náuseas, os vómitos, a fadiga e o aumento da sensibilidade mamária, o que leva à desmotivação pela procura da intimidade com o parceiro.

No **2º Trimestre** existe um restabelecimento do bem-estar na mulher, sendo que o desejo pela intimidade pode estar restabelecido. É uma fase em que a autoestima se eleva e se sente bela perante a sua imagem corporal.

No **3º Trimestre** estão presentes a obstipação, as lombalgias, o aumento do volume abdominal e a preocupação pelo momento do parto surge. Tais fatores físicos e emocionais levam ao declínio da relação com o companheiro.

Não esquecer que o homem, enquanto figura de apoio, detém respostas emocionais em função das suas preocupações e necessidades face à sua consciencialização de que vai ser pai.

O mundo da Sexualidade

A sexualidade envolve **pensamentos, sentimentos, sensações e ações**, onde se evidencia **amor, ternura, intimidade e contacto nas relações**

É imprescindível na manutenção do bem-estar, confiança e autoestima de cada um, por isso, não desvalorize esta componente humana. Invista em si e nas suas relações, em especial na sua relação conjugal.

Não esquecer que:

A comunicação é a base essencial para a partilha de dúvidas, anseios e desejos, promovendo uma compreensão mútua, evitando constrangimentos e a fragilidade da relação.

Aposte nos momentos a dois, pode recorrer a fantasias, jogos, massagens, utilização de gel estimulante, masturbação, penetração sexual, entre outros.

Promova amor, carinho, ternura, partilha, companheirismo, afeto e atenção.



A gravidez surge como uma oportunidade de descoberta no casal.

Fonte: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Sexualidade na Gravidez, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015). Associação para o Planeamento da Família.

Apêndice X: Apresentação “Gestão da Dor No TP”

Gestão da Dor no Trabalho de Parto

Curso de Preparação para a Parentalidade



UCC AZAMBUJA

ENF. MÓNICA SANTOS, EESMO
ENF. BEATRIZ DE MATOS, 9^oCMESMO

A dor em obstetrícia

A dor é uma resposta subjetiva, complexa e multidimensional influenciada por um estímulo mecânico/físico.

O nascimento como um marco importante na vida do casal e acontecimento natural, é associado à dor e desconforto, gerando medo e ansiedade.

A dor no trabalho de parto é um fator que pode influenciar a vivência do trabalho de parto. Esta é resultante devido à:

- Contratilidade uterina e dilatação do colo uterino
- Dilatação da vagina e do pavimento pélvico.

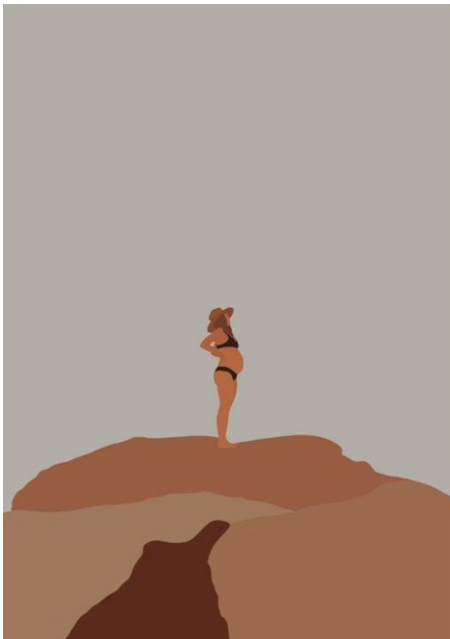
A **DOR** é o elemento que melhor representa o ritmo do trabalho de parto.





É importante saber que recursos pode mobilizar no momento em que a dor é sentida, pois estes contribuem para uma experiência mais tranquila do trabalho de parto, preparando e fortalecendo o vínculo com o recém-nascido.

A confiança e segurança estão na base do autocontrole e resposta, tanto física como emocional, que é dada à dor.



Gestão da Dor

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

Métodos Não Farmacológicos

Existe cada vez mais uma procura e interesse de opções menos invasivas de forma a obter um controlo do corpo e parto de forma eficaz.

- **Aromoterapia:** Uso de óleos essenciais de plantas incidindo sobre o sentido olfativo tendo em conta o gosto pessoal. Inspirações pausadas e profundas de forma a perceberem o aroma levando à abstração.
- **Cromoterapia:** O uso de cores quentes estimula e acelera o trabalho de parto, através de processos bioquímicos.
- **Musicoterapia:** Sensação de bem-estar emocional e relaxamento, remete para memórias positivas e felizes. O ritmo e a melodia complementam as técnicas respiratórias.
- **Acupuntura ou acupressão:** Recorre a agulhas ou aplicação de pressão com o polegar em zonas específicas do corpo de forma a atingir o órgão-alvo, o útero. Estimula a produção de endorfinas que reduzem a dor e ainda, a estimulação do sistema nervoso altera a perceção da dor.
- **Massagem e reflexologia:** Envolve uma parte específica do corpo, como as mãos, pés, couro cabeludo, ombros ou costas e pode ser realizada com recurso a óleos. Produz relaxamento muscular, aumentando a circulação sanguínea, produz sensação de conforto e equilíbrio mental.



Métodos Não Farmacológicos

Existe cada vez mais uma procura e interesse de opções menos invasivas de forma a obter um controlo do corpo e parto de forma eficaz.

- **Hipnose:** Estado de tranquilidade guiado onde se presencia alterações das sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. O foco está na imaginação ou pensamento sobre experiências agradáveis. Exige preparação ao longo do período pré-natal.
- **Hidroterapia:** Recurso a duchas quentes/mornos resultando em maior tolerância à dor, redução do stress e regulação do padrão das contrações uterinas.
- **Estimulação neurológica transcutânea (TENS):** Funciona como um estímulo elétrico nas fibras nervosas, através da superfície da pele, diminuindo a sensação dolorosa.
- **Liberdade de movimentos:** Adoção de várias posições, destaque para a verticalizada auxiliando a progressão do trabalho de parto pois aumenta o fluxo sanguíneo no útero, aumentando o aporte de oxigénio regulando de forma eficaz a dinâmica uterina. Adoção de posições confortáveis que rentabilizem a ação da gravidade e maximizem o diâmetro da pélvis.
- **Bola de pilates:** acessório de conforto e mobilidade.



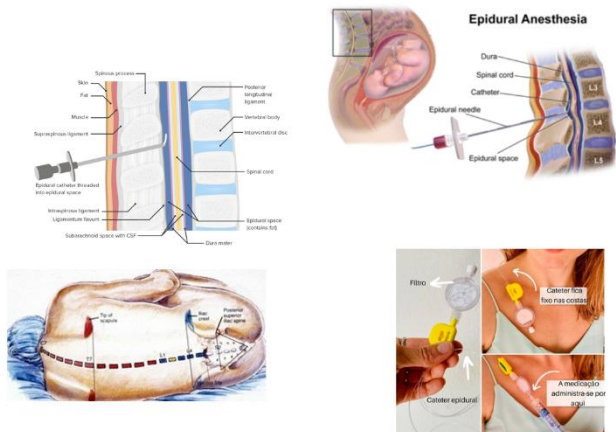
Métodos Farmacológicos

Analgesia sistêmica: Uso de fármacos via endovenosa/inalatória (paracetamol, petidina, remifentanil, protóxido de azoto).

Analgesia Loco-regional: Esta técnica é realizada por um anestesiologista e consiste na introdução de um cateter no espaço epidural, a nível lombar (L3-L4 ou L4-L5), por onde são administrados fármacos analgésicos. Indicada na fase **latente** ou fase **ativa** do trabalho de parto.

- Maior eficácia face à sistêmica
- Maior relaxamento
- Início rápido de ação
- Mobilidade nas posições

Riscos: lesão neurológica, parestesias, lombalgias, cefaleias (punção da meninge dura-máter e o extravasamento de líquido cefalorraquidiano).



Analgesia no Trabalho de Parto



Dúvidas...

Obrigada!

Referências Bibliográficas

COSTA, A. M. L., (2015) . A MASSAGEM NO TRABALHO DE PARTO: UM CUIDADO ESPECIALIZADO PROMOVIDO PELO EEESMO PARA UMA EXPERIÊNCIA SIGNIFICATIVA DE NASCIMENTO . RELATÓRIO DE ESTÁGIO . ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA.;

FRANÇA. G. S., LIMA, C. M., SARAH, T. L., SANTOS, G. R. A. C., OLIVEIRA, L. L., SOUZA, R. R. (2021). A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO. REVISTA ELETRÔNICA ACERVO SAÚDE, VOL. 13(5). DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.25248/REAS.E7215.2021](https://doi.org/10.25248/REAS.E7215.2021) ;

NÉNE, M., MARQUES , R., & BATISTA, M. A. (2018). *ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA*. LISBOA, PORTUGAL: LIDEL.

Apêndice XI: Marcador de Livro das Glicemias Capilares

Não restrinja a vivência da sua sexualidade como reduz o consumo de hidratos de carbono na diabetes gestacional. Experimente uma sexualidade plena no decorrer da gravidez.



Toque
Desejo
Relação
Compreensão
Autoconhecimento
Bem-estar
Satisfação
Comunicação
Exploração
Atração

Bem-estar: a sexualidade é uma necessidade tão fundamental como respirar, dormir ou comer e que é parte integrante de cada um, não se restringindo ao mero ato sexual.

Influencia **pensamentos, emoções, ações, sentimentos e interações**., tendo impacto na vida do casal.

Compreensão e Relação: a gravidez requer uma adaptação e a obtenção de novos hábitos, exigindo abertura na comunicação, flexibilidade e criatividade do casal.

Exploração, Criatividade, Toque e Atração: existem outras práticas que vão além da penetração, desde fantasias, jogos, utilização de gel estimulante, masturbação, entre outros.

Nas relações sexuais é normal existir sangramento após o ato devido à maior vascularização, devendo proceder à higiene genital após as relações de modo a prevenir o risco de infeções urinárias e vaginais.

Contraindicações para a prática sexual com penetração na gravidez: hemorragia vaginal ativa, rotura prematura de membranas, diabetes e hipertensão não controladas, história de abortos repetitivos, casos de partos pré-termo, dilatação cervical prematura e descolamento de placenta.

Apêndice XII: Guia Orientador Sessão Individual Sexualidade

Guia Orientador: Educação para a Saúde Individual
Sexualidade na Gravidez

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, correspondente ao 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são preconizadas intervenções de educação para a saúde. Assim, ao longo do desenvolvimento das competências práticas, cognitivas e relacionais, na área das consultas externas de obstetrícia no Hospital Distrital de Santarém identificou-se a ausência de informações sobre a vivência da sexualidade da mulher/casal. Desta forma, após validação com as Enfermeiras Sofia e Rita e com a Professora Conceição, decidiu-se intervir nesta temática.

Face ao grupo-alvo, será destinada às grávidas que apresentem diabetes gestacional. Inicialmente seria realizada em grupo, cerca de 4/5 pessoas, contudo, dada a possível indisponibilidade das grávidas definiu-se de forma individual. Para além do mais, dado ser uma temática sensível e bastante íntima a cada uma conclui-se que será mais eficaz se a atuação for personalizada a cada grávida/casal. Assim, após o término de cada consulta será obtida uma conversa individual, em ambiente calmo e tranquilo, onde inicialmente serão expostos os conhecimentos científicos sobre a temática, dando espaço à grávida/casal para expor os seus desconfortos e desse modo cooperar com os mesmos a fim de eliminar receios, melhorar o desejo e satisfação sexual, melhorar o bem-estar do casal e reduzir a preocupação por esta temática.

Para além da partilha informal de conhecimentos e exposição de dúvidas, no final será entregue um marcador alusivo à temática de forma a poderem usar no livro de registo das glicemias capilares ou outro. Esse marcador tem como fim a reflexão e empoderamento da mulher/casal através das palavras que lá estão expostas.

Grupo: Grávidas/casal que são acompanhados nas consultas externas de diabetes gestacional no Hospital Distrital de Santarém.

Data: 27 de outubro e 3 de novembro

Objetivo geral: Apresentar os aspetos inerentes à sexualidade na gravidez.

- Referir que a sexualidade é uma necessidade tão fundamental como respirar, dormir ou comer e que é parte integrante de cada um.
- A saúde sexual influencia a saúde física e mental: influencia pensamentos, emoções, ações, sentimentos e interações.

- Mencionar que é uma área que carece de intervenção dado o impacto que pode apresentar na vida do casal.
- Informar que a gravidez é caracterizada por mudanças a nível físico, psicológico, social e emocional, o que requer uma adaptação e a obtenção de novos hábitos. Durante esta fase o interesse sexual, frequência e a satisfação sexual podem sofrer alterações o que exige uma abertura na comunicação, compreensão, suporte, flexibilidade e criatividade no casal.
- Referir que o medo, a imagem corporal, a variação hormonal, as náuseas, vômitos, fadiga e receio pelo bem-estar fetal interfere com a vivencia da sexualidade.
- Informar que nas relações sexuais é normal existir sangramento após o ato devido à maior vascularização; instruir à higiene genital após as relações de modo a prevenir o risco de infeções urinárias e vaginais.
- Incentivar junto do casal a comunicação e o diálogo despreocupado acerca dos sentimentos e emoções de forma clara, a fim de experienciarem outras maneiras de vivenciar a sexualidade.
- Fomentar que existem outras práticas que vão além da penetração, desde fantasias, jogos, utilização de gel estimulante, masturbação, entre outros. A gravidez surge como oportunidade de descoberta.
- Referir as contra-indicações para a prática sexual com penetração: hemorragia vaginal ativa, RPM, doença grave não controlada tais como diabetes/HTA, história de abortos repetitivos, casos de partos pré-termo, dilatação prematura do colo e descolamento de placenta.

Apêndice XIII: Poster Sala de Espera do SUOG

VIVÊNCIA PLENA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ



A sexualidade envolve pensamentos, sentimentos, sensações e ações, onde se evidencia amor, ternura, intimidade e contacto nas relações. Por estas dimensões assume um grande valor no que toca à saúde física e mental.

A RECEITA

- Promova o **diálogo** com o seu companheiro a fim de partilhar emoções, sentimentos, medos e desejos;
- Invista em **momentos a dois**;
- Recorra a **fantasias, jogos estimulantes, massagens e penetração sexual (caso não exista contraindicação)**;
- Potencie a sua **autoestima**, cuide da sua **autoimagem**;
- Seja **flexível, compreensível e criativa**;
- Proporcione **amor, ternura, companheirismo, afeto e atenção**.

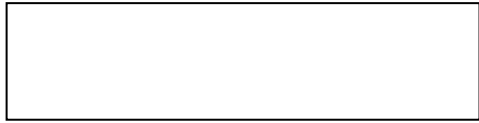
Durante a gravidez o interesse sexual, a frequência e a satisfação sexual podem sofrer alterações o que requer uma readaptação do casal.

As alterações corporais e os desconfortos sentidos, derivados da gravidez, podem levar ao compromisso da expressão da sexualidade. Procure um profissional de saúde especializado para o esclarecimento de dúvidas e aconselhamento.



Anexos

Anexo I: Parecer da Comissão de Ética



, 22 de Janeiro de 2024

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido do estudo GI_TI_34.23: **"Vivência da sexualidade na gravidez"**

Investigador principal: Beatriz Matos

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do presentes.

Dr. Custódio Fidalgo

Dr. Luís Siopa

Dr.^a Maria Filomena Roque

Dr Marco Aurelio Constantino

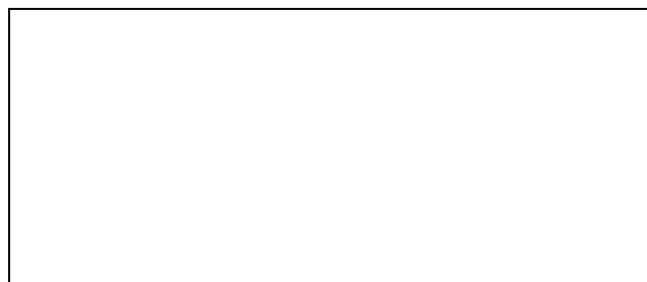
Dr.^a Paula Barroso

Enf. Manuela Freire

Prof. Pires Rosa

Padre Nuno Pena

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL



Anexo II: Registo Sumário das Atividades Desenvolvidas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	122
Vigilância e prestação de cuidados à gravida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	122
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	50
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutras partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	5
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	7
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	34
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	87
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	24
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	6
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	100
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	110
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	0
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	42
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	X
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	X
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	X
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

Santarém, 20 dezembro de 2024

Estudante/*Student* Berthoz

Professor/*Teacher* Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes**

Santiago
Num. de identificação: 08560601

Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes**
Santiago
Num. de identificação: 08560601

Coordenador do curso/*The course coordinator* _____