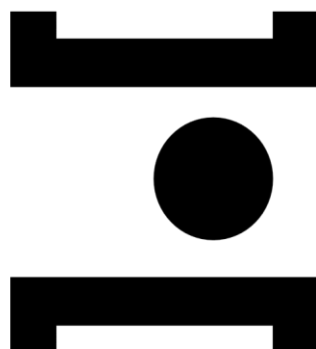


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ: INTERVENÇÃO
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA/OBSTÉTRICA**

**Relatório de Estágio para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Carolina Cotrim Leitão

Orientação:

Professora Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho

Santarém, 2025

It always seems impossible until it's done.

Nelson Mandela (s.d.)

Agradecimentos

Assinalo desta forma o fim de mais uma etapa no meu percurso académico e profissional. No entanto, este só foi possível pela presença de alguns de vós, pelo que expresso, desde já, o meu enorme agradecimento a todos aqueles que fizeram parte desta caminhada.

À Professora Susana Delgadinho, orientadora do estágio nos diversos contextos e do presente relatório, o meu sincero agradecimento pela partilha de conhecimentos, disponibilidade, suporte, dedicação e liberdade para construir este caminho incrível considerando os meus objetivos e ambições.

A todas as orientadoras do estágio nos diversos contextos, com especial referência à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Manuela Matos, cuja dedicação e paciência foram fundamentais para o meu desenvolvimento. Pela orientação prática, competência de excelência e conselhos valiosos. Obrigada pela partilha de conhecimento e pelo incentivo à minha autonomia na prestação de cuidados humanizados às grávidas, puérperas, recém-nascidos e famílias.

A todas as colegas Enfermeiras Especialistas que me suportaram nesta viagem, pelas partilhas de experiências, palavras de incentivo, empatia e entreaajuda. O que aprendi vai muito além do que está escrito.

A todas as mulheres, casais e famílias que generosamente me acolheram e enriqueceram a minha experiência enquanto pessoa e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Às minhas amigas do curso de mestrado, que envergaram nesta jornada comigo e que foram o meu apoio constante, Jéssica, Alba e Marina. A vossa presença tornou os momentos difíceis suportáveis. Obrigada pelas partilhas, desabafos, risos e lágrimas. Por tudo aquilo que conseguimos alcançar e que nos trouxe aos dias de hoje.

Aos meus colegas de trabalho, pela disponibilidade e flexibilidade no horário, bem como por todo o apoio, compreensão e incentivo dado nos momentos mais difíceis deste percurso.

A todos os meus amigos, por todo o apoio e compreensão pela minha ausência e dificuldade na marcação de eventos sociais. Pela leveza, descontração e por todas as gargalhadas que aliviaram o cansaço e ajudaram a ultrapassar todos os desafios.

Aos meus sogros, que foram a minha segunda casa durante dois anos e me trataram como se fosse uma filha. Obrigada por todo o cuidado que tiveram comigo, quando não tinha disposição nem tempo para cuidar de mim. Pelo apoio, carinho, força e incentivo para superar todos os obstáculos que surgiram no meu caminho.

À minha família, principalmente aos meus pais, que são o meu pilar e porto seguro. Obrigada por serem o meu apoio incondicional nas conquistas e nas fragilidades, pelo vosso amor e confiança. Obrigada por todo o cuidado, paciência durante a minha ausência e por me incentivarem a continuar este caminho quando pensava em desistir.

À minha irmã, que será sempre o meu primeiro amor e apoio constante em todos os momentos. Obrigada por ouvires os meus desabafos e por me encorajares quando duvidava de mim mesma. Pela compreensão, incentivo e disponibilidade em toda esta jornada.

Por fim, e mais importante, a ti, meu amor, por estares ao meu lado todos os dias desta caminhada. Obrigada pelo apoio incondicional, por me incentivares a seguir em frente e a acreditar em mim sempre que duvidava. O teu amor, companheirismo, carinho e tranquilidade tornaram este caminho mais leve e especial. Obrigada por me ouvires, acalmares e fortaleceres. Pela paciência e pelo orgulho que demonstraste ao longo dos dois últimos anos. Obrigada por estares comigo todas as noites mal dormidas, por me limpares as lágrimas e por celebrares todas as minhas conquistas como se fossem tuas.

Como diz o velho ditado, o caminho faz-se caminhando. E sim, é verdade, mas com as pessoas certas ao lado faz-se com maior facilidade e felicidade.

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

AFU – Altura do Fundo do Útero

APGAR – *Appearance, Pulse, Grimace, Activity e Respiration*

AM – Aleitamento Materno

APPT – Ameaça Parto Pré-Termo

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CCU – Cancro do Colo do Útero

CE – Competências Específicas

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

CU – Contrações Uterinas

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HTA – Hipertensão Arterial

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IG – Idade Gestacional

IGOM – Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher

IST – Infeção Sexualmente Transmissível

ITP – Indução Trabalho de Parto

LA – Leite Adaptado

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PE – Parto Eutócico

PF – Planeamento Familiar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PP – Plano de Parto

- PNVGBR** – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
- PPPP** – Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade
- PTGO** – Prova de Tolerância à Glicose Oral
- QSG** – Questionário da Sexualidade na Gestação
- RCEEEESMO** – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- RN** – Recém-Nascido
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SR** – *Scoping Review*
- TA** – Tensão Arterial
- TC** – Temperatura Corporal
- TP** – Trabalho de Parto
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- ULS** – Unidade Local de Saúde
- VD** – Visita Domiciliária

Resumo

Introdução: Este relatório de estágio integra o percurso formativo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com o intuito de documentar o desenvolvimento de competências específicas e refletir sobre a prática nos diversos contextos, focando-se essencialmente na promoção da vivência da sexualidade na gravidez de forma plena e informada. **Objetivo:** O relatório de estágio desenvolvido visa compreender a forma como as mulheres vivenciam a sexualidade na gravidez. **Metodologia:** A metodologia utilizada incluiu uma *Scoping Review* e um estudo quantitativo com recurso a um questionário. A *Scoping Review* foi realizada com base nos critérios *Joanna Briggs Institute*, sendo pesquisados artigos dos últimos dois anos, nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados MEDLINE Complete, CIBANL Complete e Cochrane. O questionário utilizado foi o “Questionário da Sexualidade na Gestação”, enquanto instrumento validado e adequado para o estudo. A discussão sobre a temática emergiu da análise dos dados obtidos de ambos os instrumentos mencionados, onde se destaca a carência de apoio especializado por parte dos profissionais de saúde. **Resultados:** Verificou-se uma necessidade urgente dos Enfermeiros Obstetras assumirem um papel mais ativo na promoção da sexualidade saudável e integrada nos cuidados. **Conclusão:** Apesar de ser considerada uma necessidade humana fulcral na saúde feminina, a sexualidade é frequentemente desvalorizada, com implicações significativas para o bem-estar, exigindo uma intervenção urgente. O relatório reforça a importância de uma abordagem humanizada, baseada em evidências e promovendo a discussão e contribuição científica na área sexual.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermeiro Obstetra; Gravidez; Mulher; Saúde Sexual; Sexualidade.

Abstract

Introduction: *This internship report is part of the training programme carried out within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, with the aim of documenting the development of specific skills and reflecting on practice in different contexts, focusing essentially on promoting the experience of sexuality during pregnancy.* **Objective:** *The internship report developed aims to understand how women experience sexuality during pregnancy.* **Methodology:** *The methodology used included a Scoping Review and a quantitative study using a questionnaire. The Scoping Review was conducted based on Joanna Briggs Institute criteria, searching articles from the last two years in Portuguese, English, and Spanish in the MEDLINE Complete, CIBANL Complete, and Cochrane databases. The questionnaire used was the "Questionnaire on Sexuality during Pregnancy", a validated instrument suitable for study. The discussion on the topic emerged from the analysis of the data obtained from both instruments mentioned, highlighting the lack of specialised support from health professionals.* **Results:** *There was an urgent need for obstetric nurses to take a more active role in promoting healthy sexuality and integrating it into care.* **Conclusion:** *Despite being considered a core human need in women's health, sexuality is often undervalued, with significant implications for well-being, requiring urgent intervention. The report reinforces the importance of a humanised, evidence-based approach that promotes discussion and scientific contribution in the area of sexuality.*

Keys-words: *Nursing care; Obstetric nurse; Pregnancy; Sexual health; Sexuality; Woman.*

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	18
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	18
1.2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	23
1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA.....	25
1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	27
1.4.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período preconcepcional	29
1.4.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	35
1.4.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	45
1.4.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	52
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL	67
2.1. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	69
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	73
3.1. SCOPING REVIEW.....	74
3.2. DESENHO DO ESTUDO.....	78
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES	89
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	93
6. CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	108
APÊNDICE I – Projeto Individual de Estágio	109

APÊNDICE II – <i>Checklist</i> da Consulta de Obstetrícia no Hospital.....	144
APÊNDICE III – Póster sobre Intervenção do Enfermeiro na Vivência da Sexualidade na Gravidez	146
APÊNDICE IV – Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Cuidados à Puérpera.....	148
APÊNDICE V – Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde: Cuidados à Puérpera.....	151
APÊNDICE VI – <i>Scoping Review</i>	167
APÊNDICE VII – Protocolo do Projeto de Trabalho de Campo	215
APÊNDICE VIII – Tabelas com os resultados relativos aos dados sociodemográficos.....	223
APÊNDICE IX - Tabelas com os resultados relativos aos dados sobre comportamento sexual	225
APÊNDICE X - Tabelas com os resultados relativos aos dados sobre resposta sexual/função sexual	233
APÊNDICE XI - Tabelas com os resultados relativos aos dados sobre os aspetos simbólicos relacionados com a sexualidade	242
APÊNDICE XII – Consentimento Informado	250
ANEXOS	254
ANEXO I – Síntese de experiências	255
ANEXO II - Certificado de Participação nas Jornadas Internacionais <i>EdSex-Évora</i> . Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios do Ensino Superior.....	257
ANEXO III - Certificado de Exposição do Póster “A Intervenção do Enfermeiro na Vivência da Sexualidade na Gravidez nas Jornadas Internacionais <i>EdSex-Évora</i> . Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios do Ensino Superior.....	259
ANEXO IV - Certificado do Curso de Formação Profissional “Parto Em Movimento” ...	261
ANEXO V - Certificado do Curso de Sutura Perineal baseado na Evidência	263
ANEXO VI – Questionário da Sexualidade na Gestação	265
ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética da ULS	270
ANEXO VIII – Autorização dos autores para Utilização do Questionário da Sexualidade na Gestação	272

Lista de tabelas

Tabela 1. Intervenções do EEESMO.....	79
Tabela 2. Diálogo com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade antes e durante a gravidez.....	83
Tabela 3. Frequência de relações sexuais antes e durante a gravidez.....	84
Tabela 4. Posições sexuais antes e durante a gravidez.....	84
Tabela 5. Desejo sexual antes e durante a gravidez.....	85
Tabela 6. Excitação sexual antes e durante a gravidez.....	85
Tabela 7. Lubrificação vaginal antes e durante a gravidez.....	85
Tabela 8. Satisfação sexual antes e durante a gravidez.....	86
Tabela 9. Sensação de dor/desconforto antes e durante a gravidez.....	86
Tabela 10. Gosto na atividade sexual antes e durante a gravidez.....	87
Tabela 11. Frequência das relações sexuais dependendo da disposição da mulher, antes e durante a gravidez.....	87
Tabela 12. Frequência das relações sexuais dependendo da disposição do parceiro, antes e durante a gravidez.....	88
Tabela 13. Práticas sexuais que proporcionavam prazer, antes e durante a gravidez...	88

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio encontra-se inserido no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), nomeadamente na Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). Este assinala o culminar do percurso académico e constitui-se como um instrumento fulcral no processo de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências. Esta jornada teve o seu início com a componente teórica tendo evoluído para a componente prática com a aplicação dos inúmeros conhecimentos consolidados. Assim sendo, pretende descrever, analisar e refletir sobre todo o percurso formativo realizado ao longo do estágio, e quais os contributos alcançados durante a prática especializada.

O estágio foi desenvolvido nos diferentes contextos clínicos de cuidado à mulher ao longo do seu ciclo de vida, permitindo a incorporação e consolidação das Competências Específicas (CE) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) no que concerne às áreas de saúde reprodutiva, período pré-natal, trabalho de parto e parto, período pós-natal e saúde do Recém-nascido (RN).

Numa sociedade em constante transformação, a atuação do EEESMO assume um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde baseados em evidência científica, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de eventuais complicações ao longo de fases determinantes do ciclo de vida da mulher e da família. Desta forma, o relatório reflete também a prática do EEESMO na promoção da vivência saudável da sexualidade durante a gravidez, temática central do trabalho de campo desenvolvido.

O presente relatório tem como objetivo geral descrever o percurso formativo desenvolvido durante o CMESMO, e como objetivos específicos: refletir criticamente sobre os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando as competências relativas à aquisição de grau de mestre e às específicas do EEESMO; analisar a intervenção do EEESMO na promoção do bem-estar da mulher ao longo do ciclo de vida, com ênfase na contribuição para a vivência da sexualidade, de forma a promover uma parentalidade positiva; caracterizar o percurso do trabalho de campo realizado, destacando a metodologia adotada na realização da *Scoping Review* (SR) e do trabalho de campo, a ainda as etapas que favoreceram o mapeamento da evidência científica e a aplicação prática no contexto institucional; refletir sobre os resultados obtidos e como estes contribuíram para aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade na gravidez; discutir a intervenção do EEESMO na promoção

da sexualidade saudável, quer ao longo do seu ciclo de vida quer, especificamente, durante a gravidez.

O relatório combina duas componentes fundamentais para a aquisição do título de EEESMO e grau de mestre, nomeadamente a reflexão sobre as atividades desenvolvidas e experiências realizadas no âmbito das competências regulamentadas pela prática, e a apresentação de um trabalho de campo com respetivos resultados, discussões e conclusões. Sendo que a sua concretização foi essencial para a obtenção dos títulos citados sendo, por fim, submetida para apreciação, apresentação e discussão pública.

Decorrente do mencionado, o relatório não se limita a descrever o percurso formativo, mas inclui também uma componente de estudo estruturada em duas vertentes: a realização de uma SR e de um trabalho de campo. No concerne a SR, inicialmente foi elaborada uma questão de revisão: “Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?”, seguido do mapeamento da evidência científica disponível sobre o tema de acordo com a metodologia *Joana Briggs Institute* (Amendoeira, 2022). Após a sua execução, foi desenvolvido um trabalho de campo com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade da mulher durante a gravidez, na área de abrangência da instituição de saúde onde foi realizado o estágio. O intuito principal assenta na união da teoria e da prática para reforçar o papel do EEESMO, na promoção da vivência da sexualidade na gravidez de forma proveitosa, tranquila e saudável para a mulher e família.

A escolha da temática de estudo, vivência da sexualidade na gravidez, alia os interesses pessoais e profissionais que a mestranda adquiriu e desenvolveu ao longo do seu percurso académico. Desde cedo, que esta se dedicou ao estudo da sexualidade humana, o que lhe permitiu desenvolver juízo crítico sobre a importância de explorar este tema no meio científico, visando a promoção da literacia em saúde e desmistificação de mitos e tabus aliados à desinformação.

Para fundamentação deste trabalho foram mobilizadas duas teorias de médio alcance, essenciais na assistência e na construção de conhecimentos sólidos, críticos e reflexivos. Nomeadamente a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis e a Teoria do Conforto delineada por Katharine Kolcaba, que ampliam a compreensão e a prática do cuidado de enfermagem, considerando os processos de mudança vivenciados pelos pacientes com intervenções focadas no conforto.

O relatório teve por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Norteou-se, ainda, pelas diretrizes dos Padrões de Qualidade de Enfermagem e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2021). Complementarmente, foram consideradas também as diretrizes de corporações internacionais como a *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, a *International Confederation of Midwives* e a Diretiva 2005/36/CE delineada pela União Europeia, que oferecem orientações de excelência para a prática no âmbito da saúde materna e obstétrica (FIGO, 2025; ICM, 2024; União Europeia, 2005).

Relativamente à estrutura do presente documento, este encontra-se dividido em cinco capítulos, o primeiro designado de “Do Percurso Formativo à Prática de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica”, que incorpora a caracterização dos diversos contextos de estágio e aquisição e desenvolvimento das competências para obtenção do grau de mestre, das competências do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências do EEESMO. Sendo neste último subcapítulo detalhadas as atividades desenvolvidas em cada etapa e descritas as vivências significativas na consolidação das CE do EEESMO à luz dos regulamentos incluídos anteriormente. Sendo esta análise organizada tendo em consideração os diferentes contextos de estágio, comunidade, ginecologia, gravidez patológica, Bloco de Partos (BP) e puerpério. O segundo capítulo denominado de “Enquadramento Teórico-Concetual” engloba a contextualização da temática em estudo, vivência da sexualidade na gravidez, e os modelos teóricos que regem a prática no âmbito da transição para a parentalidade e da promoção do bem-estar e conforto. De seguida, apresenta-se o terceiro capítulo intitulado “Enquadramento Metodológico” que abrange a caracterização da pesquisa, o seu desenvolvimento e os respetivos resultados extraídos da SR e do trabalho de campo elaborado. A “Discussão de Resultados e Principais Conclusões” corresponde ao quarto capítulo do relatório e diz respeito à análise dos dados obtidos e a reflexão sobre a intervenção do EEESMO na promoção da vivência saudável e da experiência sexual da mulher ao longo de todo o ciclo de vida, especificamente na gravidez, tendo como contexto os diferentes campos de estágio da mestranda. Por fim, o relatório apresenta as considerações éticas que orientam o estudo, as conclusões e recomendações direcionadas à prática clínica e pesquisa futura.

O relatório foi redigido em português de Portugal ao abrigo do novo acordo ortográfico, em conformidade com as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Santarém e a 7.^a edição das normas da *American Psychological Association* publicada pela Universidade Aberta (Instituto Politécnico de Santarém, 2025; Universidade Aberta, 2020).

1. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Em virtude das exigências crescentes no desempenho profissional na área da saúde, considera-se que o ensino superior deve organizar e planejar a sua oferta formativa de forma cada vez mais rigorosa e baseada na evidência mais atual. Em enfermagem, a atribuição do grau de mestre dentro de uma determinada área da especialidade não depende apenas do que é oferecido, mas também da capacidade dos estudantes em integrar novos conhecimentos, aplicando-os de forma crítica e refletindo sobre as suas implicações na vida dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Os estágios constituem uma oportunidade de potencial formativo, em que os conhecimentos adquiridos são integrados na prática clínica através de novas experiências de aprendizagem que favorecem a aquisição e aplicação de saberes e consequente consolidação de novas competências profissionais (Ascenso, 2023). A realização de estágios é considerada fundamental para a transição de Enfermeiro de Cuidados Gerais para EE, pois apenas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados é que lhes é possível compreender as próprias dinâmicas de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No sentido de documentar as experiências e reflexões vivenciadas, produz-se um relatório de estágio, que demonstra de que forma as intervenções e a análise crítica reflexiva contribuíram para a aquisição de competências. Este relatório irá traduzir amplamente, e de forma crítico-reflexiva todo o percurso de aprendizagem ao longo do estágio. Sendo que inicialmente, irá proceder-se à caracterização do contexto de prática clínica especializada em ESMO, onde foram desenvolvidas e cimentadas as competências comuns e específicas do EEESMO, e onde foi fulcral o conhecimento e compreensão de todas as dinâmicas e estruturas organizacionais e funcionais inerentes aos serviços.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Seguidamente, pretende-se caracterizar o contexto do ensino clínico de acordo com o plano formativo delineado no início do ano letivo 2024/2025. O estágio curricular decorreu ao longo de 40 semanas, compreendidas entre 16 de setembro de 2024 e 11 de julho de 2025, com pausas letivas para férias de Natal de 23 de dezembro de 2024 a 03 de janeiro de 2025 e férias de Páscoa de 14 a 19 de abril de 2025, perfazendo um total de 1 000 horas. Este encontra-se dividido em cinco contextos: A – ESMO na Comunidade (150 horas), B – ESMO na Gravidez Patológica (150 horas), C – ESMO

em Ginecologia (50 horas), D – ESMO no Puerpério (150 horas) e E – ESMO em Sala de Partos (SP) (500 horas), sendo que cada um dispõe de objetivos de aprendizagem específicos.

Os estágios foram realizados numa Unidade Local de Saúde (ULS), sendo que o contexto A decorreu em uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente à ULS, e os restantes contextos (B, C, D e E) foram concretizados em um dos hospitais pertencentes à ULS em questão.

A ULS iniciou a sua atividade no dia 01 de janeiro de 2024, sendo que a sua criação se encontra inserida no âmbito de uma reestruturação do modelo organizativo de prestação de cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), visando melhores cuidados de saúde e uma relação mais próxima com a comunidade. A unidade é constituída por três hospitais e por 35 Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários. Esta dá resposta direta, a cerca de 170 000 utentes pertencentes a 11 concelhos (Ministério da Saúde, 2025), através da equipa formada por cerca de 2 800 profissionais competentes.

Como referido anteriormente o estágio no contexto A – ESMO na comunidade foi concretizado numa UCC, esta consiste numa unidade que intervém na prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social às pessoas, famílias, grupos vulneráveis em situações de alto risco ou de dependência física e/ou funcional, em contexto domiciliário e/ou comunitário.

A UCC teve o seu início de atividade a 01 de abril de 2011, e conta com a colaboração de seis enfermeiros, sendo um deles o enfermeiro coordenador da unidade e as restantes enfermeiras especialistas, uma em ESMO, uma em Enfermagem de Saúde Pública, uma em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e outra em Enfermagem de Reabilitação. Para além dos elementos referidos integra também uma administrativa clínica, uma terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta. Esta UCC destina-se à população do concelho, que abrange cerca de 12 221 utentes até setembro de 2025, sendo uma população maioritariamente entre os sete e os 64 anos de idade (7 900) (Ministério da Saúde, 2025). Localiza-se no piso dois do Centro de Saúde, apresentando cinco gabinetes de enfermagem, três salas de reunião, uma copa, duas casas de banho e uma secretaria, e o seu horário de funcionamento é de segunda-feira a sábado das 9h00 às 17h00.

Tal como referido anteriormente, os restantes contextos de ensino clínico (B, C, D e E), foram realizados em um dos hospitais da ULS no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

Este hospital constitui-se como um hospital de nível I, e é composto pelo Departamento na Área da Mulher e da Criança, que contempla como missão “prestar

cuidados de excelência em saúde à mulher em trabalho de parto e com patologia aguda obstétrica e ginecológica” (Ministério da Saúde, 2025). O serviço é formado pela urgência ginecológica e obstétrica, pela consulta externa, pela neonatologia, pelo BP e pelo internamento de puerpério e ginecologia, e encontra-se no piso cinco do hospital. As consultas existem na área da obstetrícia, incluindo as situações de gravidez patológica e Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher (IGOM); na área da ginecologia, nomeadamente na consulta de patologia do colo do útero; e por fim, na área da pediatria, a consulta de neonatologia e de pediatria/adolescentes.

Além do referido, a maternidade da ULS oferece uma equipa multidisciplinar de serviço 24 horas por dia, analgesia epidural disponível 24 horas e um plano de nascimento que traduz uma vontade informada, esclarecida e livre, quanto aos cuidados de saúde e aos procedimentos que são desejados ou não, antes, durante e após o parto, podendo ser alterado por vontade própria a qualquer altura.

Recentemente foi desenvolvido um projeto denominado AMA – Apoio à Maternidade e Amamentação. Este diz respeito a uma proposta inovadora cujo objetivo assenta no apoio a mães e famílias no processo de transição para a parentalidade na superação de dificuldades associadas ao Aleitamento Materno (AM), garantindo um acompanhamento profissional, técnico e emocional nos primeiros dias de vida do RN. Este projeto tem duas componentes, uma delas é existência de uma linha telefónica denominada de “Amamenta *Care*” disponível 24 horas em todos os dias do ano para esclarecimento de dúvidas e orientação especializada relacionada com a puérpera e RN. Esta seria sempre atendida por um EEESMO ou por um EE em Saúde Infantil e Pediátrica, com formação avançada em amamentação. A segunda componente consiste na criação de uma rede assistencial de consultas de enfermagem de AM, não só nas unidades hospitalares da ULS, mas também nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estes projetos promovem o acompanhamento contínuo da família, aumentam a confiança dos pais e reduzem as idas aos serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2025).

A estrutura física do serviço de ginecologia e obstetrícia pode ser dividida por diferentes áreas, relativamente à urgência obstétrica e ginecológica existem dois gabinetes médicos de atendimento, um gabinete de triagem, uma sala de observação, uma sala para realização de Cardiotocografia (CTG) e duas casas de banho. Para a realização das diversas consultas referidas anteriormente, o serviço dispõe de oito gabinetes equipados com todo o material clínico necessário.

O BP apresenta cinco salas de parto individuais equipadas com todo o material necessário à prestação de cuidados à grávida em Trabalho de Parto (TP) ou que necessite de cuidados associados a aborto ou a possíveis complicações do mesmo,

uma sala de reanimação de RN que se destina à prestação de cuidados imediatos ao RN e reanimação neonatal, três casas de banho, um gabinete de enfermagem, uma sala de trabalho, um vestiário para acompanhantes e dois armazéns. Desde 2020, foi construído um bloco operatório junto do BP, de forma a dar uma rápida resposta em situações urgentes com necessidade cirúrgica, que se encontra devidamente equipado. O internamento de puerpério é constituído por oito quartos duplos, três quartos individuais, um berçário, dois gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho e dois armazéns. Além disso, dois quartos duplos são utilizados para mulheres com patologia ginecológica. Além do referido, o serviço apresenta ainda uma secretaria, uma copa e uma sala de espera.

A admissão no BP depende da avaliação desenvolvida pela equipa especializada em ginecologia e obstetrícia do serviço. Alguns dos critérios de admissão incluem, grávida com rotura de membranas ou em TP, com hemorragia ativa, com Ameaça Parto Pré-Termo (APPT), com patologia em fase aguda, com indicação de Indução do Trabalho de Parto (ITP) e com indicação para indução de aborto. No entanto, situações de APPT com Idade Gestacional (IG) inferior a 34 semanas são encaminhadas para um hospital de nível IIa, IIb ou III, dependendo da especificidade da situação.

Durante o internamento no BP a mulher tem direito, no decurso de todo o TP à presença de uma pessoa significativa, podendo esta assistir às cesarianas, sempre que exista concordância para tal com o médico anestesiológico e obstetra (Diário da República, 2019). Após o nascimento, a pessoa significativa pode permanecer no internamento entre as 09h00 e as 21h00, as restantes visitas realizam-se nos períodos entre as 15h00 e as 16h30 e entre as 19h00 e as 20h00 (Ministério da Saúde, 2025).

Os recursos materiais disponíveis garantem a prestação de cuidados especializados e incluem equipamentos adequados para a monitorização e apoio no TP, material para procedimentos ginecológicos e obstétricos e ainda equipamentos específicos para os cuidados neonatais, bem como recursos destinados à educação e promoção da saúde.

Relativamente a recursos humanos, a equipa multidisciplinar do serviço de ginecologia e obstetrícia é constituída por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, anestesiológicos, neonatologistas ou pediatras com competências em neonatologia, enfermeiros (de cuidados gerais e EEESMO), técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos. Em caso de necessidade é possível recorrer a outros profissionais de saúde, tais como, assistentes sociais e psicólogos. Relativamente aos profissionais nas 24 horas, em presença física encontra-se preconizado dois a três

obstetras, um anesthesiologista, um neonatologista/pediatra, pelo menos três EEESMO e três técnicos auxiliares de saúde por turno (Ministério da Saúde, 2025).

É de destacar que durante a prática clínica verificou-se que a equipa de enfermagem no BP é constituída apenas por EEESMO, nomeadamente dois EEESMO. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o BP deve apresentar, em permanência, dois EEESMO por cada 1 000 partos/ano, este hospital encontra-se dentro das dotações seguras visto que cumpre o valor estabelecido (Ordem dos Enfermeiros, 2014). A título de curiosidade, no ano de 2024, o serviço de BP desta instituição apresentou cerca de 755 partos.

Atualmente, o hospital apresenta um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP) designado de Método *GentleBirth*. Este programa tem como objetivo investir na humanização do nascimento e na educação para a parentalidade, garantindo acima de tudo a segurança da grávida e do RN. Este método é baseado em evidências científicas e dinamizado por EEESMO com formação específica certificada, que visa apoiar as mulheres e famílias na gestão emocional e mental na gravidez, parto e pós-parto, consistindo num programa constituído por quatro sessões com duração de duas horas, sendo totalmente gratuito. Esta iniciativa privilegia uma abordagem prática baseada em vivências, partilha de ideias, emoções e sentimentos, recorrendo a metodologias que incluem a escuta ativa, a expressão e a criatividade (Ministério da Saúde, 2025). O método *GentleBirth* foi desenvolvido por Marie Gowri Motha, em 1986, com o intuito de relacionar a mente e o corpo, oferecendo ferramentas que fortalecem a confiança da mulher e a sua capacidade para vivenciar a gravidez e o parto de forma consciente e positiva (Cardoso et al., 2023a).

Ao longo dos últimos anos tem sido notório o decréscimo do número de nascimentos, sendo que em 2024 nasceram 84 642 crianças menos 1,2% em relação ao ano anterior. Este número corresponde a todas as mulheres residentes em Portugal, independentemente de a nacionalidade ser portuguesa ou estrangeira. No entanto, a afluência de estrangeiros nos hospitais tem aumentado significativamente em comparação com os anos anteriores, sendo que um terço dos nascimentos referidos anteriormente foram de mulheres com naturalidade estrangeira (INE, 2025).

No decorrer da realização do estágio, nos vários contextos, a multiculturalidade assumiu um carácter notório na maternidade verificando-se a assistência a mulheres provenientes de diversos países como o Brasil, Estados Unidos, Índia e Países Africanos. A cultura destes países comporta crenças, costumes, tradições e hábitos com diferenças relevantes face à cultura portuguesa, praticando-se sempre cuidados culturalmente sensíveis e respeitadores. Também o idioma, muitas vezes, é uma barreira à comunicação sendo que para tal foram desenvolvidas diversas estratégias no

sentido de facilitar a prestação de cuidados, nomeadamente através da comunicação não verbal, da exemplificação de procedimentos e a utilização de um tradutor virtual.

É ainda de referir, que o ano de 2024 acompanhou a tendência que se tem registado nos últimos anos, ao se registar novamente um aumento na idade média das mulheres (31,7 anos) ao nascimento de um filho (INE, 2025). Segundo a literatura, a maternidade tardia ocorre devido a diversos fatores, nomeadamente a inserção da mulher no mercado de trabalho, o investimento na formação e carreira profissional e a procura pela estabilidade financeira (Nazaré, 2019).

Durante a realização do estágio ocorreram constrangimentos no serviço de ginecologia e obstetrícia devido aos planos de contingência das maternidades do país, que encerram de forma programada devido à falta de profissionais de saúde. Nesse sentido, os dias em que a maternidade se encontrava em medida de contingência não era permitida a presença da mestrandia no local de estágio, visto que a probabilidade de obter experiências era reduzida, tal como os rácios dos profissionais de saúde.

1.2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Na sociedade atual, o percurso académico constitui um processo fundamental na vida de um indivíduo. Este permite aprofundar os conhecimentos consolidados ao longo dos anos e aplicá-los nos diversos contextos de vida pessoal e profissional. Além disso, contribui ainda para o desenvolvimento de competências pessoais como o pensamento crítico e inovador e a capacidade de argumentação, o que amplia a visão do mundo, apoia o aumento da empregabilidade e o sucesso a todos os níveis (ENIAC, 2023; UVA, 2024).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é conferido numa especialidade, aos indivíduos que para além de apresentarem conhecimentos são capazes de os aprofundar em diversos contextos, nomeadamente em investigação. Para além disso, devem também deter a capacidade de compreender todo o tipo de problemáticas e questões complexas dentro da área em estudo e, a partir daí, desenvolver estratégias adequadas capazes de solucionar problemas (Diário da República, 2018).

O futuro mestre deve ser capaz de emitir juízo crítico em situações em que a informação é limitada ou incompleta, e ainda transmitir as conclusões e reflexões subjacentes de forma clara e concisa a todo o tipo de pessoas, sejam especialistas ou não. A finalidade assenta em adquirir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo de todo o seu percurso pessoal e profissional, numa especialidade e a sua aplicabilidade (Diário da República, 2018).

De forma a sustentar a ideia referida anteriormente, remete-se aos descritores de Dublin, desenvolvidos em 2003 e adotados no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. Os descritores de Dublin envolvem cinco dimensões: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e a capacidade de compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões e a comunicação e aptidões para a aprendizagem, tendo sido delineados com o intuito de garantir a qualidade e apoiar a aprendizagem ao longo da vida e a mobilidade laboral (Comissão Europeia, 2008).

Outras competências adjacentes e fundamentais assentam na escrita avançada, no trabalho em equipa interdisciplinar, na gestão de trabalho e na atuação ética e inovadora. A conjugação destas competências permite ao mestrando encarar situações desafiadoras no ensino clínico, aplicando práticas baseadas na evidência científica existente e mantendo um processo contínuo de autoaprendizagem (Diário da República, 2018).

Atualmente, a necessidade de cuidados de saúde associada à evolução demográfica e ao aumento da esperança média de vida traduz-se numa questão complexa para os sistemas de saúde. Neste contexto, a especialização dos recursos humanos surge como resposta aos desafios atuais e futuros contribuindo para ganhos em saúde e para a prestação de cuidados com qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Reis, 2021). Além do mencionado, esta qualificação dos profissionais favorece o alcance das prioridades e metas delineadas pela agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, que procura implementar esforços globais através de estratégias para melhorar as condições de saúde e de educação, reduzir as desigualdades, impulsionar o crescimento económico e melhorar os setores que afetam a qualidade de vida dos indivíduos (BCSD Portugal, 2022).

Ao longo do seu percurso profissional e fazendo alusão aos padrões de qualidade do EEESMO, o enfermeiro deve focar a sua atenção em diversos pilares nomeadamente a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Neste sentido, torna-se essencial abordar a formação avançada como um alicerce para o enfermeiro, responsável pela atualização dos seus conhecimentos técnico-científicos e relacionais, de modo a acompanhar os seus interesses e as mudanças existentes. É de destacar que, um enfermeiro com formação avançada torna-se um profissional de saúde habilitado, com capacidade de decisão e competências para uma prática avançada e especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Reis, 2021).

A investigação assume-se como um pilar fulcral não só em enfermagem, mas também na aquisição do grau de mestre, independentemente da área de especialidade, pois permite a renovação contínua dos conhecimentos e a produção de saber científico e reflexivo (Martins, 2008; Vieira, 2015). Esta procura o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões fundamentadas com o intuito de consolidar a prática, responder a questões e solucionar problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidade (Vieira, 2015). Além disso, a investigação permite acompanhar o progresso da sociedade, antecipando e construindo-o, oferecendo prática baseada na evidência, o que consequentemente melhora a qualidade os cuidados prestados e os resultados em saúde (Martins, 2008; Vieira, 2015).

1.3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste subcapítulo, é realizada uma análise crítica e reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) adquiridas durante a execução do estágio, nos diversos contextos do ensino clínico. De acordo com o RCCEE, o EE constitui-se como o profissional de saúde a quem lhe é certificada a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem qualificados nas áreas de especialidade em enfermagem. Embora para cada especialidade estejam delineadas as próprias CE, a atribuição do título de EE implica que para além delas, todos partilhem um conjunto de competências comuns apropriadas para todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

As CCEE constituem-se como fundamentais para a prática do EE e demonstram-se pela capacidade de conceção, gestão, orientação e supervisão de cuidados, assim como pelo suporte efetivo ao exercício especializado em formação avançada, investigação e assessoria. Encontram-se estruturadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O intuito destas competências comuns é garantir uma prática alicerçada em capacidades científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados, contribuindo para uma atuação marcada pela excelência, qualidade e evolução profissional constante (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Desta forma, a mestrandia determinou que seria pertinente abordar as CCEE desenvolvidas, de cada domínio, em todos os contextos de estágio realizados.

No âmbito do domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, foram prestados cuidados baseados nos princípios éticos e legais, garantindo sempre o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A dignidade,

segurança e autonomia das mulheres foi sempre respeitada, através da confidencialidade e do consentimento informado. Face à multiculturalidade presente na atualidade, também os valores, costumes, práticas específicas e crenças espirituais foram respeitadas. Sempre que necessário, houve referenciação para outros profissionais de saúde garantindo uma prática segura, interdisciplinar e colaborativa.

No que diz respeito ao domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**, a mestranda mobilizou conhecimentos científicos avançados e incorporou-os na prestação de cuidados. Demonstrou compromisso, ao participar na definição e identificação de áreas de aperfeiçoamento e metas de melhoria da qualidade sugerindo estratégias que assegurassem a qualidade e segurança. Integrou também reuniões de equipa, contribuindo para a adoção de práticas centradas na mulher, nas suas experiências e principalmente no seu bem-estar.

Relativamente ao domínio da **Gestão dos Cuidados**, a mestranda pretendeu otimizar as respostas e promover a articulação entre profissionais de saúde, adaptando a liderança e gestão dos recursos existentes face às situações e aos diferentes contextos. Em cada experiência, procurou identificar as necessidades específicas da mulher/família e a partir daí organizar cuidadosamente as intervenções adequadas para cada um, tendo por base não só os conhecimentos técnicos e científicos, mas também uma tomada de decisão correta em articulação com a equipa multidisciplinar. Todo o processo de aprendizagem delineado foi fundamental para o desenvolvimento de uma visão integrada e organizada dos cuidados, concedendo-lhe um vasto leque de competências para uma prática segura e eficiente.

Por fim, no âmbito do domínio do **Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais**, ao longo do ensino clínico a mestranda interveio sempre de forma assertiva com o intuito de desenvolver o seu autoconhecimento na área de intervenção específica, baseando sempre a sua atuação na evidência científica mais atual. Cada contexto foi uma oportunidade para alargar competências, enfrentar situações desafiadoras e procurar novos conhecimentos e capacidades. Todo o processo, para além de reforçar o compromisso com a formação contínua, auxiliou no desenvolvimento de uma perspetiva profissional consistente e preparada para a constante evolução exigida pela prática do EEESMO. De referir também, a importância da orientação, do apoio e empatia de toda a equipa que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional da mestranda, no que diz respeito à sua confiança, autonomia e capacidade de refletir sobre as próprias intervenções e adaptar-se às necessidades e desafios de cada mulher/família.

Após a análise descrita anteriormente, a mestranda considera que adquiriu e desenvolveu as CCEE descritas pelo RCCEE. As competências no domínio da gestão

dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais revelaram-se como um desafio *major* no que diz respeito à tomada de decisões de forma rápida, coordenação de cuidados complexos e na integração de conhecimentos teóricos no contexto prático.

A mestranda considera que após o estágio, é capaz de evidenciar conhecimentos especializados demonstrando capacidade de reflexão crítica sobre a prática, de investigação, de comunicação de conclusões e raciocínios subjacentes, e ainda, de fundamentação das decisões tomadas com base na evidência científica. É durante o percurso de estágio que é possível evidenciar visão crítica e compromisso ético com a pessoa, prestando cuidados de enfermagem especializados de qualidade e excelência, de forma autónoma com a máxima responsabilidade que a profissão de enfermagem exige.

1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste subcapítulo, é realizada uma análise crítica e reflexiva das CE do EEESMO desenvolvidas durante a realização do estágio, nos diversos contextos do mesmo. Assim, a sua estrutura comporta quatro subdivisões alusivas a cada competência e terá em consideração o projeto individual de estágio desenvolvido (Apêndice I), onde foram delineados objetivos específicos e atividades a desenvolver em cada contexto.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, os cuidados de enfermagem são definidos como processos divididos em várias etapas. Primeiramente procede-se à identificação do problema de saúde presente, seguido da recolha e análise dos dados, originando um diagnóstico de enfermagem. Após o diagnóstico deve ser elaborado e implementado um plano de cuidados adequado e direcionado à pessoa, que posteriormente deve ser avaliado para eventuais reformulações. Como não é exceção, também na prática clínica, independentemente da área de especialidade e do contexto, o processo de enfermagem deve constituir a metodologia utilizada na prestação dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De acordo com o RCEEEESMO, o EEESMO:

Assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos

patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.
(Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13561)

Tal como descrito, o EEESMO é responsável por identificar, planear, coordenar, supervisionar e intervir na promoção da saúde e prevenção de complicações da saúde da mulher/família durante a idade fértil no âmbito do Planeamento Familiar (PF), no período preconcecional, no período pré-natal, no TP, no período pós-natal, no climatério e em situações de saúde/doença ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Desta forma, o EEESMO, através da prática clínica nos diversos contextos, deve adquirir um conjunto de competências especializadas através do elevado conhecimento e habilidades que desenvolve, e que lhe permite atuar consoante as necessidades da mulher e da família. A sua obtenção não teve início apenas no segundo ano de mestrado quando se realizou o estágio clínico, mas sim no primeiro ano através dos conteúdos teóricos consolidados e da pesquisa constante, por parte da mestranda, de novos conhecimentos com leitura e consulta de material pedagógico. No entanto, considera-se que a prática clínica é uma ferramenta fundamental para consolidar e enriquecer a mestranda proporcionando novas experiências e atividades em todos os contextos realizados.

O estágio foi organizado por áreas de intervenção com o intuito de permitir o aprofundamento das CE do EEESMO nos diversos contextos de atuação, tal como mencionado anteriormente. A prática clínica é crucial para desenvolver, aprofundar e consolidar habilidades e competências, para interiorizar a teoria aprendida, promover a reflexão crítica e a valorização do profissional de saúde.

De acordo como Programa Formativo do EEESMO, para a efetiva atribuição do título de EEESMO é necessária a ponderação dos processos formativos delineados e a certificação de competências previstas para a área clínica de especialização. Para tal, é obrigatório cumprir um número de experiências clínicas mínimas conforme estabelecido pelo programa referido. Estes requisitos têm como finalidade garantir a aquisição das competências práticas fundamentais para uma prática especializada e autónoma na área da saúde materna e obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Com a conclusão do estágio, a mestranda cumpriu a totalidade dos critérios, que se encontram documentadas em anexo (anexo I) no presente relatório. O documento apresenta detalhadamente as atividades realizadas durante o estágio, que comprovam o cumprimento das normas estabelecidas para a área de especialidade.

1.4.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período preconcepcional

Para estágio de ESMO em ginecologia pretendia-se que a sua realização fosse no âmbito de consultas de ginecologia e senologia, bem como, exames complementares de diagnóstico na área da ginecologia e senologia. Inicialmente foram delineados um conjunto de objetivos específicos orientadores do estágio nomeadamente, cuidar da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em contexto hospitalar e em serviços de ambulatório; promover a vivência positiva de processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas da intervenção do EEESMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença ginecológica em contexto hospitalar.

De forma a dar resposta aos objetivos descritos, a mestranda desenvolveu atividades no contexto de consulta externa hospitalar ao colaborar de forma ativa em consultas de IGOM e patologia do colo. O estágio em contexto hospitalar teve a duração de duas semanas, sendo que cada consulta tem a sua calendarização pré-definida e específica.

Relativamente à consulta de IGOM, a unidade hospitalar referida realiza o procedimento de acordo com o estabelecido na Lei n.º 16/2007. Esta decreta que as mulheres grávidas com IG inferior a 10 semanas têm o direito de realizar IGOM de forma segura, livre e gratuita (Diário da República, 2007).

O processo de IGOM é estruturado em três consultas, uma primeira que se dedica à confirmação da gravidez e determinação da IG correta através da realização de uma ecografia. Neste primeiro contato é fornecida uma explicação clara sobre o procedimento de IGOM com recurso a medicamentos (protocolos e disposições legais), e há ainda um diálogo com uma psicóloga para esclarecimento de dúvidas éticas. Após um período obrigatório de pelo menos três dias de reflexão, segue-se a segunda consulta, conduzida por um EEESMO, onde é fornecida a terapêutica e a orientação para a sua administração. São também realizadas ações de educação para a saúde sobre os efeitos farmacológicos, sinais de alerta, cuidados a adotar e métodos contraceptivos. Na terceira, e, normalmente, última consulta, é realizada novamente uma ecografia para confirmar a expulsão completa dos produtos da concepção e delineada a contraceção a utilizar. Em todas as consultas são realizados registos, em formato papel de modo a garantir a privacidade da mulher.

A IGOM deve constituir um momento de reflexão acerca do PF, pelo que o aconselhamento contraceptivo constitui uma parte integrante e fundamental nestas consultas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Neste contexto clínico, a mestranda acompanhou cerca de 15 consultas de IGOM, tendo tido sempre o consentimento dos profissionais de saúde presentes e das utentes de forma a garantir a privacidade, segurança e sigilo profissional. Em todas as consultas, esta auxiliou no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas, informou os efeitos da terapêutica utilizada e alertou sobre os sinais de alarme para recorrer a um serviço de urgência. Sempre que necessário, referenciou as mulheres para profissionais de saúde da equipa multidisciplinar com outras competências. Para além disso, assistiu também a equipa médica durante a realização de ecografias e na aplicação de métodos contraceptivos (implante subcutâneo e sistema intrauterino).

Com as consultas que acompanhou e em consonância com a literatura, a mestranda compreendeu que a existência de muitos casos de IGOM não se deve à falha dos métodos contraceptivos, mas sim à sua inexistência e falta de cumprimento, o que se traduz na sua realização consecutiva. Esta situação para além de causar uma grande preocupação na sociedade atual, notifica a falta de informação sobre educação sexual. No âmbito do PF, sugere-se um investimento na promoção da saúde sexual e reprodutiva para a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.

A educação para a saúde constitui-se como um pilar fundamental nestas consultas, permitindo a transmissão de informações essenciais sobre o autocuidado, o PF e a tomada de decisão informada, segura e esclarecida. Nesta vertente, o EEESMO assume a responsabilidade de informar e orientar as mulheres sobre os métodos contraceptivos mais adequados tendo em consideração as suas preferências e estilos de vida.

A mestranda procurou oferecer suporte emocional e psicológico e adotar sempre uma postura adequada e empática, personalizada a cada mulher e ausente de julgamentos, consoante as suas especificidades.

A consulta de patologia do colo do útero ou patologia cervical é a que apresenta maior afluência. O público-alvo desta consulta são mulheres referenciadas que apresentam sintomas ou lesões anómalas no colo do útero, normalmente após um resultado de um rastreio (colpocitologia) detetar alterações. A literatura atual assume o Vírus do Papiloma Humano (HPV) como a principal causa de infeções no colo do útero, sendo a Infeção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum do mundo (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014). Este vírus afeta a área genital e anal e pode ser transmitido durante a relação sexual (vaginal, oral ou anal) ou durante o contato íntimo pele a pele no qual pelo menos um dos intervenientes se encontra infetado. Pode manter-se assintomática durante muito tempo e quando se manifesta é sob forma de prurido genital, dispareunia, corrimento anormal ou verrugas genitais e/ou anais (Ministério da Saúde, 2025; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014). O Cancro do

Colo do Útero (CCU) constitui o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher, sendo a patologia mais associada à infeção por HPV (CUF, 2025).

Nesta consulta, é feita uma anamnese pela equipa médica e são realizados exames complementares de diagnóstico adicionais, como citologias, colpocitologias e biópsias para clarificar e estratificar as lesões. Após o diagnóstico correto, é definido o tratamento mais adequado, seja terapêutico (comprimidos vaginais, óvulos vaginais, vacinas ou pomada) ou cirúrgico (conização cervical ou eletrocoagulação). O intuito principal assenta na intervenção precoce de forma a evitar a sua evolução para lesões cancerígenas.

Não existe uma consulta de enfermagem propriamente associada à consulta médica da patologia cervical, sendo que a intervenção do EEESMO consiste principalmente na preparação da mulher, da sala e dos materiais para recolha e acondicionamento dos produtos recolhidos e no acompanhamento e auxílio nas técnicas de rastreio, diagnóstico e prevenção (citologias, colpocitologias, biópsias, polipeptomias e colocação de sistemas intrauterinos).

Para além disso, o EEESMO clarifica e explica os procedimentos, esclarece dúvidas e oferece suporte emocional. A promoção da saúde com recurso à educação sexual é igualmente fundamental para alertar as mulheres sobre a importância da prevenção e deteção precoce de doenças do aparelho reprodutor, bem como o seu impacto no bem-estar e qualidade de vida. A mestranda colaborou em cerca de 21 consultas.

O contato da mestranda com esta consulta e com a diversidade de patologias, condições ginecológicas e procedimentos técnicos alargou o espectro de conhecimentos teóricos, técnicos e instrumentais. Além disso, referiu também uma melhoria na autonomia e na capacidade de comunicação de forma clara, concisa e empática sobre o processo de saúde/doença.

Para o estágio de ESMO na comunidade, foram definidos objetivos específicos norteadores face ao contexto clínico, nomeadamente cuidar da mulher/mãe/casal/filho/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença em diversos contextos da comunidade e nas diferentes dimensões da saúde materna e obstétrica; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher/mãe/casal/filho/família, grupos e comunidade em processos de saúde e doença; capacitar a mulher/mãe/casal/filho/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância; planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO. O intuito do contexto clínico descrito relativamente à competência apresentada consistia na

prestação de cuidados no período preconcepcional, no âmbito do PF e no processo de saúde-doença da mulher.

Relativamente aos cuidados no período preconcepcional, estes definem-se como aqueles que surgem quando a mulher/casal manifesta intenção de conceber um filho. Sendo o objetivo da consulta preconcepcional avaliar e otimizar a saúde da mulher antes da concepção, através da identificação e alteração de fatores de risco comportamentais e sociais que possam condicionar o desenvolvimento saudável e seguro de uma futura gravidez (USF Cartaxo Terra Viva, 2022). Para além de ser uma oportunidade para abordar temáticas relacionadas com a fisiologia reprodutiva, sexualidade e importância da vigilância pré-natal (Bacelo & Lopes, 2009; DGS, 2015).

As consultas preconcepcionais devem promover a autonomia e a capacitação da mulher e do casal em todo o processo reprodutivo, com o intuito de permitir decisões informadas e seguras fulcrais para a promoção saudável do feto e reduzir as complicações na gravidez. Cabe ao EEESMO transmitir informações específicas, personalizadas e adaptadas às necessidades de cada utente e promover a vivência positiva e saudável do período preconcepcional.

Durante o estágio realizado na UCC não se realizaram consultas de aconselhamento preconcepcional, visto ser uma consulta raramente requisitada pelas mulheres incluídas no Centro de Saúde. A baixa adesão pode ser justificada pelo desconhecimento da sua existência, desta forma cabe ao EEESMO informar a comunidade e sensibilizar as mulheres/casais a aderirem com o intuito de promover o bem-estar e prevenir complicações maternas e fetais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O PF constitui uma componente fulcral na prestação dos cuidados de saúde reprodutiva na promoção da vivência da sexualidade de forma saudável e segura, na melhoria da saúde e bem-estar dos indivíduos e da família e na identificação e atuação precoce de eventuais complicações. A UCC em que a mestranda realizou o estágio apresenta a consulta de PF, cuja finalidade assenta na educação sobre a sexualidade, reprodução, contraceção e cuidados preconcepcionais. Esta é constituída por dois momentos complementares e sequenciais, consulta de enfermagem e consulta médica, garantindo sempre a privacidade e segurança da utente, que se destina a mulheres até aos 54 anos e aos homens sem limite de idade (apesar da taxa de adesão ser praticamente nula) (USF Cartaxo Terra Viva, 2022).

As motivações principais que influenciam a procura desta consulta estão relacionadas com alterações no ciclo menstrual, adesão ou alteração de métodos contraceptivos e rastreio do CCU. A mestranda realizou cerca de 18 consultas de enfermagem de PF a mulheres, abordando sempre a educação para a saúde no âmbito da reprodução, da vivência da sexualidade de forma segura, dos estilos de vida

saudáveis, dos comportamentos de risco, das IST, dos métodos contraceptivos, da autovigilância da saúde (auto-exame da mama) e dos sinais/sintomas do climatério (DGS, 2008). Considerou, ainda, as necessidades de cada utente para uma intervenção personalizada e individual.

No que diz respeito à escolha e adoção de métodos contraceptivos, a decisão deve ser realizada pela mulher de forma informada, livre e esclarecida, tendo em consideração o estilo de vida da mulher, a sua vontade e condição de saúde. Desta forma, cabe ao EEESMO apresentar com base no Consenso Sobre a Contraceção 2020, de forma clara e concisa as opções contraceptivas existentes, vantagens e limitações de cada método para uma decisão informada (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020). Após a escolha contraceptiva, a mestranda educou as utentes sobre o uso correto de utilização e monitorização, esclarecendo eventuais dúvidas. Ainda neste contexto, colaborou na colocação, substituição e remoção de três implantes subcutâneos, sendo um deles realizado pela mesma sob supervisão da EEESMO orientadora. Conforme o Parecer n.º 50/2014 (2014), atualmente este procedimento pode ser realizado pelo EEESMO com essa competência acrescida. A mestranda considerou esta experiência enriquecedora tendo contribuído para articular a competência prática à componente teórica e simulada, que tinha sido mobilizada anteriormente, sendo uma mais-valia na aquisição de capacidades, conhecimentos e competências.

Adicionalmente, na consulta de PF a mestranda atuou na prevenção primária e secundária e no diagnóstico de CCU. Relativamente à prevenção primária entrevistou através da sensibilização das mulheres aos riscos associados à infeção por HPV e à importância da profilaxia, na prevenção secundária com a colaboração na realização de citologias cervicais a mulher elegíveis com a finalidade de detetar precocemente lesões que possam ser compatíveis com infeção por HPV. Segundo o Parecer n.º 141/2009 (2009), o EEESMO tem competência para realizar citologia cervical, neste sentido, a mestranda teve a oportunidade de assistir na realização de 13 colpocitologias e realizar duas de forma autónoma sob supervisão da EEESMO cooperante. A sensibilização para a importância deste rastreio, bem como, a periodicidade adequada do mesmo favorece a identificação precoce de eventuais alterações, prevenção de complicações e referenciação para equipa multidisciplinar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014).

Cabe ao EEESMO, elucidar e capacitar as mulheres sobre a importância dos exames preventivos com a periodicidade necessária, nomeadamente o autoexame da mama, sendo que a maioria não tinha conhecimento da sua importância e da forma de avaliação. O intuito passa por tornar as mulheres conscientes e responsáveis pela sua

saúde, contribuindo para uma maior adesão aos rastreios existentes e uma cultura de prevenção, em que se possam sentir empoderadas e informadas para cuidarem de si de forma contínua e autónoma. Torna-se possível concluir que a educação preventiva é fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, valorizando a intervenção do EEESMO não só na assistência direta, mas também como elemento inovador na promoção da saúde e prevenção de doenças.

A consulta de menopausa era uma oportunidade que a mestranda gostaria de ter desenvolvido, no entanto, quer a UCC, quer a unidade hospitalar em que realizou o estágio não apresentavam o acompanhamento de mulheres a vivenciar o climatério, período caracterizado por alterações físicas e emocionais. No âmbito desta transição, o EEESMO deve centrar-se na educação para a saúde, no acompanhamento holístico e na manutenção do bem-estar através de recomendações sobre o climatério, gestão de sintomas e promoção de hábitos de vida saudáveis. Conferindo a orientação sobre os recursos disponíveis na comunidade, como grupos de apoio e serviços de saúde mental, além da identificação e encaminhamento para outras especialidades.

A mestranda teve oportunidade de abordar o climatério/menopausa apenas uma vez na consulta de PF, demonstrando disponibilidade para escuta ativa da mulher. Esta é uma temática sensível, desafiante e de difícil abordagem, no entanto, é preponderante incentivar a expressão de sentimentos e dúvidas, informando sobre estratégias adaptativas face aos sintomas manifestados e à sexualidade. O intuito consiste em melhorar a literacia em saúde, o autoconhecimento e autocuidado da mulher, erradicando mitos e crenças que comprometem a transição de forma saudável para esta nova etapa de vida. Remetendo desta forma à teoria de médio alcance de Meleis, que orienta os enfermeiros a oferecer apoio, conhecimento e estratégias para lidar com as mudanças e a redefinir o seu papel, promovendo sempre o bem-estar, crescimento pessoal e equilíbrio.

Ainda no âmbito do PF, no acompanhamento da mulher e sua família é fundamental fazer uma avaliação da saúde geral incluindo os antecedentes pessoais e familiares, a história ginecológica e obstétrica da mulher, tendo em consideração gestações anteriores, abortos e outras situações. A determinação de hábitos de vida que comprometem a saúde, como o consumo de álcool e de tabaco, o uso de medicamentos, o tipo de alimentação, a realização de exercício físico e o ciclo de sono é essencial para direcionar a educação para a saúde.

Infelizmente, o tempo disponível para a realização de consultas é reduzido, o que influencia negativamente a qualidade dos cuidados prestados e, inerentemente, os ganhos em saúde. Esta situação impôs na mestranda a necessidade de melhorar a

gestão de tempo, priorização e organização dos conteúdos consoante as especificidades de cada mulher.

Durante a realização das consultas nas quais a mestranda participou, esta verificou que, na sua maioria o parceiro (nas situações em que havia a sua referência), não esteve presente. É preponderante procurar integrá-lo nos cuidados e incentivar a sua participação em consultas futuras, pois o envolvimento do casal promove a autonomia e empoderamento no processo reprodutivo e no de saúde-doença, garantindo uma base de saúde sólida.

No âmbito da competência apresentada no subcapítulo, a mestranda incorporou a Teoria do Conforto de Kolcaba e a Teoria das Transições de Afaf Meleis que unem dois pilares fulcrais relativos à temática em estudo, conforto e a transição saudável. Relativamente à primeira, com a criação de um ambiente acolhedor na assistência e abordagem de forma holística das necessidades da mulher em todas as componentes que influenciam o seu bem-estar, oferecendo suporte durante as situações de transição (Silva & Nascimento, 2023). Aliada à segunda teoria, a prática focou-se no apoio às transições associadas ao processo de saúde-doença, facilitando a adaptação saudável (Meleis, 2012; Meleis et al., 2020). A mestranda ao aplicar as teorias referidas promoveu o bem-estar e a adaptação segura das mulheres e suas famílias, nomeadamente no âmbito do PF, maternidade e climatério.

A mestranda, como futura EEESMO, desenvolveu atividades que permitiram aprofundar a assistência de forma holística e personalizada, reforçando a intervenção do EE nas fases mais delicadas da mulher. A experiência adquirida nos diversos contextos de cuidados de saúde primários e ginecológicos permitiu oportunidades no âmbito do PF e acompanhamento de condições ginecológicas, que geraram reflexões que irão influenciar a sua atuação. A interação com processos de IGOM e patologia cervical reforçaram a importância de atuar de forma precisa, empática e consolidada, através de um ambiente de apoio e confiança centrado na mulher e nas suas necessidades. As competências adquiridas favorecem a abordagem educativa e preventiva, orientando as mulheres para tomada de decisão informada relativamente à vida sexual e reprodutiva saudável e segura.

1.4.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Para o estágio de ESMO na gravidez patológica pretendia-se que fosse realizado em contexto hospitalar no âmbito de consultas de vigilância pré-natal em processos de saúde-doença e de internamento de grávidas com condição clínica patológica. Foram descritos um conjunto de objetivos norteadores do estágio, especificamente cuidar da

mulher grávida/feto/família em situações de risco, em contexto de internamento hospitalar; integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher grávida/feto/família em processos de saúde-doença; capacitar a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde; planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO em saúde materna e obstétrica ao nível da gravidez patológica em contexto hospitalar.

Com a finalidade de corresponder aos objetivos delineados, a mestranda desenvolveu atividades no contexto de consulta externa ao colaborar de forma ativa em consultas de vigilância pré-natal em grávidas com uma condição clínica e/ou patologia associada. Adicionalmente à consulta referida, acompanhou também grávidas de baixo risco com IG entre as 36 e as 40 semanas que, segundo o Programa Nacional para Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), devem frequentar uma consulta no hospital onde se prevê que venha a realizar-se o parto, denominada de consulta de termo. O estágio em contexto hospitalar teve a duração de quatro semanas, sendo que cada consulta tem a sua calendarização pré-definida e específica.

De acordo com a DGS (2015), a gravidez de risco é considerada como aquela em que é possível identificar fatores que aumentam a probabilidade de desenvolver morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. O seu reconhecimento tem por base uma avaliação clínica com recurso à escala de *Goodwin* modificada, e acarreta a necessidade de uma vigilância exigente. De acordo com o fator de risco e/ou patologia determinada, a calendarização das consultas e exames é adaptado e individualizado. Ou seja, a consulta de gravidez patológica dedica-se a grávidas onde foi detetada uma patologia e/ou condição clínica que pode afetar drasticamente o bem-estar materno-fetal. O acompanhamento é realizado em contexto hospitalar, onde o EEESMO assume um papel preponderante na prestação de cuidados, na promoção da saúde e na deteção precoce de situações potencialmente prejudiciais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Apesar do foco principal das consultas incidir na patologia associada a gravidez, a vigilância pré-natal geral e completa também deve ser incluída em todos os contactos, sendo esta abordada de forma mais específica mais à frente. Tendo em consideração a avaliação física, psicológica, emocional, social e do bem-estar materno-fetal dirigindo o foco nas necessidades correspondentes a cada IG e à promoção do autocuidado.

Ao longo do estágio a mestranda realizou cerca de 77 consultas de gravidez patológica, onde foram detetadas patologias de diferentes origens, nomeadamente cardíaca, endócrina, hepática, gastrointestinal e renal. As condições clínicas mais

comuns eram situações médicas pré-existentes como a Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial (HTA) crónica; complicações obstétricas como perdas gestacionais e pré-eclâmpsia; condições relacionadas com a gravidez atual nomeadamente como a idade materna, HTA gestacional, Diabetes Gestacional (DG) e gravidez múltipla.

Sendo a HTA gestacional e DG as patologias mais prevalentes na gravidez na área abrangente onde a mestranda desenvolveu o estágio, a autovigilância da mulher revela-se fundamental para o bem-estar materno-fetal e para prevenir o desenvolvimento de complicações severas.

Relativamente à HTA, esta é descrita como o aumento da Tensão Arterial (TA) para valores superiores aos parâmetros da normalidade, podendo já existir antes da gravidez ou surgir durante o seu desenvolvimento. A vigilância da gravidez com HTA associada assenta principalmente na monitorização e registo regular dos valores tensionais, destacando a importância da adesão e manutenção do tratamento (se aplicável), da alimentação saudável e dos sinais de alerta para recorrer a uma instituição de saúde. O intuito é evitar que a condição clínica da mulher evolua para complicações graves, nomeadamente a pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou Síndrome de HELLP.

Por outro lado, a DG caracteriza-se pelo aumento dos níveis de glicémia capilar para valores superiores ao esperado decorrente do estado gravídico, o que pode comprometer o fornecimento adequado de glicose ao feto em desenvolvimento. Esta patologia é detetada através de exames analíticos, como a glicémia plasmática em jejum ou com a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO). Na primeira consulta, a mestranda forneceu o equipamento necessário para a avaliação da glicémia capilar e as instruções relativas à forma de monitorização e registo de valores complementando com informação relativa ao regime alimentar adequado, à realização de exercício físico, à adesão ao tratamento farmacológico (se aplicável), possíveis complicações e sinais de alerta para recorrer a uma instituição de saúde (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2017). Quando necessário, poderia ser feita uma referência para consultas de especialidade, nomeadamente de nutrição. Nas restantes consultas eram verificados os valores de glicémia capilar registados pela mulher, reforçados ensinamentos e esclarecidas dúvidas.

Independentemente da patologia associada ou concomitante com a gravidez, a atuação do EEESMO é fulcral na promoção do bem-estar materno-fetal e na prevenção de complicações, tendo sempre em consideração a avaliação clínica da grávida, a compreensão da sua situação e as estratégias aplicadas. A finalidade da sua intervenção assenta na capacitação da mulher e família para a gestão da condição clínica presente e prevenção de complicações que tanto a podem afetar como ao feto, através da vertente educativa. A mestranda refere desta forma que, no

acompanhamento das grávidas de alto risco procurou adaptar a sua intervenção considerando as condições específicas presentes e promovendo um acompanhamento emocional intensivo.

Tal como mencionado anteriormente para além da consulta de vigilância pré-natal em situações de risco, as grávidas a partir das 36 semanas de gestação frequentavam a consulta de termo. Esta incorpora a realização de um CTG externo para a monitorização da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e das Contrações Uterinas (CU) da grávida com o intuito de avaliar o bem-estar fetal e despistar sinais de sofrimento fetal. A mestranda realizou cerca de 50 consultas, consolidando conhecimentos relacionados com a execução das manobras de *Leopold*, análise e interpretação de registos de CTG, competência fundamental ao exercício da sua prática. Com a realização do CTG torna-se possível compreender as respostas fetais e maternas aos estímulos internos e externos, detetar sinais de alerta e garantir a vigilância rigorosa da grávida.

Recorrendo novamente à Teoria de Kolcaba e à Teoria das Transições, a mestranda procurou prestar cuidados centrados na mulher tendo em consideração as suas diversas necessidades em situações de risco gestacional acrescido, orientando a sua prática no apoio à adaptação da mulher ao período de transição. A gravidez deve ser reconhecida como uma transição delicada na vida da mulher e da família, principalmente em situações de alto risco (Meleis, 2012). Para tal, a intervenção do EEESMO deve focar-se na facilitação da transição saudável tendo em consideração todas as componentes físicas e emocionais existentes. O intuito principal passa por auxiliar na consciencialização e aceitação da condição clínica presente, favorecendo a sua autonomia e superação.

Durante a realização do estágio em contexto de consulta, em diálogo com a EEESMO cooperante surgiu a oportunidade de desenvolver uma atividade que pudesse ser incluída futuramente. Esta sugeriu a realização de uma *checklist*, que seria colocada no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e que incluísse componentes essenciais à sua realização ao longo das diversas consultas nos três trimestres. O objetivo seria evitar que elementos obrigatórios não fossem realizados e conseqüentemente comprometer a forma de atuação seguinte e o bem-estar materno-fetal. A *checklist* desenvolvida foi apresentada à EEESMO cooperante da mestranda e à restante equipa do serviço de Ginecologia e Obstetrícia da unidade hospitalar, e encontra-se em apêndice (Apêndice II).

Enquanto atividade complementar ao estágio, a mestranda participou nas Jornadas Internacionais *EdSex-Évora* denominadas de “Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior”, contribuindo para a disseminação de conhecimento com um póster científico decorrente da temática do seu estudo. Estas jornadas encontram-

se integradas no projeto europeu *EdSex* resultante do Consórcio entre a Universidad de Castilla-La Mancha de Espanha, a Università Degli Studim di Modena e Reggio Emilia de Itália, o Instituto Politécnico de Santarém e a Universidade de Évora, acrescentando a *Seattle Pacific University* dos Estados Unidos da América como entidade convidada.

Este evento internacional tem como objetivo promover o diálogo intercultural e reforçar o papel da sexualidade e bem-estar no desenvolvimento de uma educação transformadora, orientada para a promoção da saúde individual e coletiva. Constitui-se como um espaço privilegiado para a divulgação e discussão de evidências científicas e práticas pedagógicas inovadoras no domínio da educação sexual, que integram três Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nomeadamente a Saúde de Qualidade, a Educação de Qualidade e a Igualdade de Género (Universidade de Évora, 2025).

O seminário decorreu nos dias 2 e 3 de junho de 2025 na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e visou promover a educação sexual no ensino superior, contando com a presença de especialistas na área e onde foram abordados temas atuais e pertinentes como a sexualidade no ensino superior e em contextos clínicos e sociais diversos, contribuindo para a formação de profissionais de saúde mais conscientes, informados e sensíveis à diversidade e complexidade da sexualidade humana.

Desta forma, a mestranda submeteu um póster científico à comunidade científica do projeto *EdSex* intitulado de “A Intervenção do Enfermeiro na Vivência da Sexualidade na Gravidez” que foi aceite. Este foi impresso e exposto na Escola Superior de Enfermagem da Unidade de Évora durante os dois dias do evento, e encontra-se em apêndice (Apêndice III). Para além da submissão do trabalho desenvolvido, a mestranda participou no congresso presencialmente tendo assistido às comunicações livres e palestras ministradas durante o dia, pelo que o certificado de participação e o certificado de exposição do póster podem ser consultados em anexo (anexo II e III, respetivamente). Esta considerou que o evento foi muito enriquecedor na aquisição e consolidação de conhecimentos relacionados com a temática da sexualidade, que constitui um dos seus principais focos de interesse no âmbito da investigação contribuindo também para o desenvolvimento do seu trabalho de campo, que relaciona a vivência da sexualidade com a gravidez e com a intervenção do EEESMO.

O estágio de ESMO realizado na comunidade também contribuiu para a aquisição da competência apresentada, no que concerne ao acompanhamento e vigilância pré-natal da mulher e família. Na UCC, a mestranda teve oportunidade de desenvolver atividades na prestação de cuidados à grávida e família no âmbito do PNVGBR.

Este foi desenvolvido pela Direção Geral de Saúde (DGS) em 2015, com o objetivo de orientar e assegurar o desenvolvimento saudável da gravidez através da supervisão médica e psicológica. O programa procura a vigilância da saúde e bem-estar da mãe e do feto, a deteção precoce de problemas, a educação para a saúde e a preparação para o parto e parentalidade, tendo em consideração a abordagem holística e promoção da saúde (DGS, 2015). Além do referido, o PNVGBR articula a vigilância da gravidez entre os CSP e os cuidados hospitalares, sendo as mulheres referenciadas sempre que é identificado um fator de risco gestacional. Nos CSP realizam-se consultas de vigilância de gravidez de baixo risco, sendo estas definidas como aquelas em que não se identificam, após avaliação clínica, fatores de risco que comprometem o bem-estar materno, fetal e/ou neonatal (DGS, 2015).

Neste âmbito, a mestranda realizou cerca de 20 consultas a grávidas com diferentes idades gestacionais, desde o primeiro ao terceiro trimestre, tendo como referência o PNVGBR e o Regulamento n.º 391/2019 (2019), de forma a promover a saúde materno-fetal, identificar fatores de risco e prevenir complicações, adaptando a sua atuação e vigilância às necessidades identificadas. O estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com a grávida e família e a aquisição de um ambiente privado, seguro e tranquilo são fundamentais para favorecer a expressão de ideias, expectativas, medos e pensamentos, traduzindo-se em momentos de escuta ativa e partilha onde é possível determinar quais as necessidades e planear os cuidados. Com o tempo e com a realização de diversas consultas, a mestranda refere que a confiança, a comunicação e a implementação de atividades melhoraram drasticamente.

A consulta de enfermagem pré-natal surge antes da consulta médica, nesta são recolhidos dados relativos ao bem-estar materno, exames realizados, desconfortos sentidos, é realizada a avaliação física da grávida e fornecida orientação sobre estilos de vida, sinais de alerta, cuidados a adotar relativamente à alimentação, exercício físico, sexualidade, sono e importância da suplementação e vigilância pré-natal (DGS, 2015). Além do referido, na primeira consulta é efetuada uma anamnese que inclui os antecedentes pessoais, familiares, cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos, sendo também iniciado o preenchimento do BSG que constitui um componente de extrema relevância na transmissão de informação e na continuidade de cuidados.

Suplementando o referido anteriormente, em todas as consultas de enfermagem que participou, a mestranda procedeu à monitorização dos parâmetros vitais, do peso e do aumento ponderal, à identificação de edemas e ainda a interpretação de um teste rápido de urina e dos exames complementares de diagnóstico realizados à data. De seguida, avaliava o bem-estar físico através da pesquisa de desconfortos gravídicos, o

bem-estar psicológico detetando sinais de ansiedade, receio e medo, e ainda, o contexto social e económico referenciando para a equipa multidisciplinar sempre que necessário.

Tendo em consideração a IG, a consulta era adaptada e alargada com a monitorização da Altura do Fundo do Útero (AFU), a auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) com recurso a *doppler* fetal e a execução das manobras de *Leopold* para identificação da estática fetal. A recolha de dados durante a consulta permite identificar lacunas onde é necessário intervir precocemente e referenciar rapidamente, de forma a reduzir o risco de desenvolver complicações materno-fetais e estabelecer um plano de intervenção (DGS, 2015). Ao longo da gravidez e das consultas, as dúvidas e necessidades manifestadas pela mulher e família vão modificando, sendo igualmente fundamental ajustar as ações educativas às preocupações que surgem, oferecendo novos conhecimentos e estratégias para promover o bem-estar materno-fetal.

Cabe ao EEESMO, educar sobre a gravidez, sinais de alerta, soluções para ultrapassar os desconfortos característicos de cada trimestre, cuidados de saúde, estilos de vida seguros e saudáveis e preparação para o parto e parentalidade. Deve promover a autovigilância e autocuidado com o intuito de potenciar ganhos em saúde e a vivência equilibrada da gravidez. Em todos os contactos, o enfermeiro deve adequar a linguagem e comunicação à grávida presente, repartindo a informação fornecida (DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A vigilância pré-natal realizada por um EEESMO, torna-se cada vez mais essencial pela especialização e personalização dos cuidados e pelos ganhos em saúde materno-fetal. Este profissional de saúde deve capacitar a mulher e a família a vivenciar a gravidez e a parentalidade de forma completa, ao facilitar a adaptação e a participação em todo o processo. A capacitação e envolvimento da mulher e casal potencia o seu desempenho no papel parental, tornando-os mais seguros e menos ansiosos, capazes de tomar decisões informadas e livres que visem o seu bem-estar e o do feto (Cardoso et al., 2024).

Neste sentido, surgem os PPPP cujo objetivo assenta no desenvolvimento de confiança e de conhecimentos e competências parentais, teóricos e práticos, de forma a tornar a vivência da gravidez, parto e parentalidade segura, tranquila e feliz. Este constitui um recurso fundamental para as mulheres e para os casais, não só na aquisição de informação, mas também como forma de reflexão conjunta sobre atitudes e comportamentos (DGS, 2015).

A gravidez corresponde a um período marcado por mudanças únicas pelo que o EEESMO dispõe de um papel essencial relativamente ao PPPP, cabendo-lhe a função de acompanhar e facilitar a transição saudável para a parentalidade através da

organização e mobilização de temáticas que influenciam diretamente a mulher. O interesse e a participação das mulheres e famílias no PPPP favorecem exponencialmente a literacia em saúde, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades no que diz respeito à gravidez, ao TP, ao parto, ao puerpério e ao RN. Além do referido, contribui também para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo RN-família (Khorasani et al., 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Durante o estágio na UCC, a mestranda participou e colaborou nos PPPP, que constituíam uma das principais atividades desenvolvidas pela EEESMO cooperante. Este era realizado quatro vezes por semana, presencialmente ou, quando necessário, *online*, com a duração de uma hora, a dois grupos diferentes. Sendo de destacar que as sessões presenciais constituíam uma oportunidade importante de aproximação com as mulheres e família, facilitando o processo de aprendizagem e o esclarecimento de dúvidas em tempo real. Por outro lado, as sessões *online* permitiam uma maior flexibilidade de horários, a conveniência e ausência de deslocamentos e a acomodação das necessidades das grávidas. A componente principal das sessões era teórica, no entanto havia também duas sessões práticas onde eram incluídos exercícios práticos para o fortalecimento do pavimento pélvico e exercícios respiratórios para preparação do TP e parto. No que diz respeito à vertente teórica, os conteúdos abordados assentavam em temas como o TP e o processo de nascimento, técnicas de alívio da dor, amamentação, hábitos de vida saudáveis, cuidados básicos e específicos ao RN, autovigilância no puerpério, sexualidade e contraceção.

A mestranda, durante o estágio na UCC, em diálogo com a EEESMO cooperante manifestou interesse em desenvolver uma atividade no âmbito do PPPP. Após deliberação, realizou uma sessão sobre os cuidados à puérpera, visto que era um dos conteúdos pouco abordado durante o programa. Esta sessão de educação para a saúde tinha como público-alvo grávidas com IG igual e/ou superior a 30 semanas, com duração de 60 minutos, cujo objetivo geral consistia em dar a conhecer às grávidas os principais cuidados a adotar durante o puerpério. Mais concretamente, tinha como objetivos específicos identificar e compreender as recomendações atuais dos cuidados a adotar no puerpério, sensibilizar as mulheres grávidas acerca da importância do autocuidado, vigilância e acompanhamento no puerpério e reconhecer a importância do EEESMO na educação para a saúde na gravidez e puerpério, e cujo plano de sessão se encontra em apêndice (Apêndice IV).

Na sessão foram exploradas diversas temáticas nomeadamente o puerpério e as alterações físicas e psicológicas, os cuidados de higiene e vestuário, cuidados com as mamas, mamilos, períneo e à sutura, as recomendações relacionadas com a

alimentação, atividade física e postura, sono e repouso, sexualidade, as complicações no puerpério e os cuidados a adotar, sinais de alerta e a importância da consulta de revisão do puerpério e do PF. A temática do estudo da mestranda está relacionado com a sexualidade, tendo sido esse um dos elementos mais abordado. A sessão executada teve como suporte uma apresentação desenvolvida pela mestranda, que ficou disponível para todas as grávidas e famílias, tal como para a EEESMO cooperante, sendo que se encontra em apêndice (Apêndice V). No final da sessão foi realizado um momento de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas às mulheres e famílias, valorizando o envolvimento dos familiares como parte fundamental do apoio e adaptação nesta fase.

Nas sessões de PPPP, o EEESMO deve promover um ambiente tranquilo e seguro facilitador da interação e da expressão de dúvidas, medos, salvaguardando sempre a privacidade e a vontade das mulheres e famílias. A participação neste tipo de atividades permitiu à mestranda desenvolver competências relacionadas com a comunicação em contexto comunitário, consolidar conhecimentos sobre a vigilância pré-natal, parto e pós-parto, e adquirir mais confiança, destreza e versatilidade nas diversas questões que envolvem a saúde materna e neonatal. Este foi um processo desafiante, mas enriquecedor, ao reforçar a importância de criar as condições necessárias para que a mulher se sinta segura na expressão de sentimentos e dúvidas. Toda a experiência referida contribuiu para que a mestranda compreendesse o papel fundamental do EEESMO na capacitação parental, no estreitamento dos laços familiares e na promoção da literacia em saúde, fulcral para a prática futura.

Acrescentando ao referido, a mestranda observou que tanto no contexto comunitário como hospitalar, a presença de convivente significativo a acompanhar a grávida era habitual, verificando que nem sempre este correspondia ao pai, mas também a outros membros da família, facto que permitiu compreender a rede de apoio da grávida e sensibilizar sobre o suporte que pode ser prestado durante a gravidez, parto e pós-parto. O enfermeiro obstetra deve favorecer a participação ativa do núcleo familiar, incluindo-os em todas as atividades, reconhecendo a importância do seu acompanhamento. (Cardoso et al., 2023b).

A inclusão de acompanhantes significativos e familiares na gravidez, como rede de suporte social é fundamental para uma transição positiva, equilibrada e mais leve para a grávida, e para a gestão da ansiedade. Esta participação contribui para um ambiente tranquilo e com suporte emocional, que fortalece a confiança da mulher para superar os desafios decorrentes do estado gravídico e reforça o bem-estar materno-fetal (Meleis, 2012).

Quando se abordam situações de gravidez patológica, por norma, a primeira ideia são as consultas de vigilância de risco pré-natal, no entanto durante o estágio desenvolvido em ESMO no puerpério a mestranda teve a oportunidade de atuar perante mulheres grávidas. O serviço de internamento de puerpério será apresentado no próximo subcapítulo, no entanto torna-se necessário reconhecer que neste contexto também surgem grávidas com complicações associadas que necessitam de acompanhamento e monitorização especializada. Desta forma, durante o estágio em internamento a mestranda prestou cuidados individualizados a cerca de 15 grávidas, surgindo como uma oportunidade para aperfeiçoar as competências como EEESMO em ambiente hospitalar. Reforçando a sua capacidade de adaptação às necessidades específicas de cada grávida e família, melhorando a compreensão da intervenção materno-fetal.

Como mencionado anteriormente no capítulo da caracterização do contexto do estágio o hospital apresenta um PPPP denominado Método *GentleBirth*, o qual a mestranda teve oportunidade de assistir. O método *GentleBirth* é divulgado nas consultas de vigilância pré-natal quer em contexto hospitalar, quer comunitário. Durante o mês de março, a mestranda assistiu às quatro sessões correspondentes de um PPPP completo, tendo sido uma experiência fundamental para a aprendizagem e mais-valia na prática. Esta concluiu que este programa foi desenvolvido com o intuito de capacitar as mulheres e as famílias a gerir adequadamente as suas vivências perante os desafios físicos e emocionais decorrentes da transição para a parentalidade, consolidando as CE do EEESMO. Em consonância com este programa encontra-se a teoria desenvolvida por Afaf Meleis (2012) que defende a prática de cuidados focados na mulher para o alcance de uma transição saudável e bem-sucedida.

Em suma, a mestranda considera que as atividades desenvolvidas ao longo dos diversos estágios referidos, foram fundamentais para a aquisição da competência cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal através de uma abordagem diferenciada e completa. Para além disso, proporcionaram-lhe uma visão ampla das necessidades das grávidas em situações de baixo risco consolidando os seus conhecimentos e a sua prática. A experiência em contexto de consulta e de internamento permitiram-lhe o contacto com condições clínicas complexas, a prática no acompanhamento e vigilância para o bem-estar materno-fetal e a prevenção de complicações.

Perante uma panóplia de experiências diversificadas, a mestranda desenvolveu outras capacidades fundamentais nomeadamente a gestão de pressão e conflito, a capacidade de resposta rápida e eficaz e a empatia na comunicação, sendo estas essenciais para o suporte e acompanhamento seguro que a mulher e família necessitam

nesta fase delicada da sua vida. É ainda essencial referir que, o trabalho desenvolvido em contexto comunitário permitiu o desenvolvimento de competências de atuação preventiva e educativa com o intuito de capacitar o núcleo familiar e favorecer a transição para a parentalidade saudável, informada e equilibrada.

1.4.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O estágio no âmbito de ESMO no puerpério foi realizado maioritariamente em contexto de internamento hospitalar, sendo uma pequena parte desenvolvida na comunidade. Inicialmente foram delineados um conjunto de objetivos orientadores da prática em estágio, cuidar da puérpera/RN/casal/família em processos de saúde-doença, em contexto de internamento hospitalar; integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher puérpera/RN/casal/família em processos de saúde-doença; capacitar a mulher puérpera/RN/casal/família visando o autocuidado e a tomada de decisão na transição desenvolvimental em curso; planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupos e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível do puerpério e do período neonatal em contexto hospitalar.

De forma a dar resposta aos objetivos descritos e alcançar a competência referida no presente subcapítulo, a mestranda desenvolveu diversas atividades no âmbito de internamento hospitalar. O serviço físico apresenta cerca de 19 camas destinadas a puérperas, grávidas com critérios de internamento e mulheres com patologia ginecológica. O estágio da mestrada teve a duração de seis semanas, onde teve a oportunidade de prestar cuidados a 124 puérperas.

De acordo com a OE (2014), o puerpério é considerado:

O período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) bebé(s) e se prolonga por seis semanas (42 dias). Caracteriza-se por ser um período de risco em alterações na mulher e no seu círculo familiar, envolvendo adaptações fundamentais ao (novo) papel de mãe, tanto a nível físico, como psíquico, social e económico. (OE, 2014, p.1)

Tal como referido na definição apresentada, este período é marcado por transformações a diversos níveis na mulher, acrescendo ainda a presença de um novo ser, tornando-se fundamental o acompanhamento por parte de um profissional dotado de capacidades e conhecimentos específicos. Este deve ser capaz de apoiar a transição

para a parentalidade e promover o autocuidado da mulher e o bem-estar materno e do RN, destacando-se desta forma, a intervenção do EEESMO. De realçar que, a mulher e família também têm de estar recetivos a incorporar a informação que é fornecida e a permitir o acompanhamento próximo, sendo o período de internamento hospitalar a oportunidade fulcral para estabelecer uma relação de empatia e entreajuda.

Durante o estágio no internamento de puerpério, a mestranda manteve um elevado contacto com as puérperas e RN, atuando junto da díade através do acompanhamento, auxílio e educação com o intuito de capacitar a mulher para o seu autocuidado e cuidado ao RN. O seu objetivo primordial assentou na fomentação da confiança, autonomia e vinculação da puérpera e família. No acompanhamento à puérpera durante os dois a três dias que se encontra internada, cabe ao EEESMO avaliar o bem-estar a todos os níveis, desenvolvendo a capacidade de detetar alterações físicas e emocionais e atuar precocemente (OMS, 2022).

Fisicamente, é realizada uma avaliação que engloba a verificação dos sinais vitais e a vigilância dos parâmetros puerperais nomeadamente as características dos lóquios (cor, quantidade e odor), a condição das mamas e dos mamilos, a involução uterina e a observação perineal ou abdominal consoante o tipo de parto (caso exista ferida cirúrgica ou traumática). Para além do mencionado, deve ser feita uma avaliação do aspeto geral da mulher que inclua a verificação da pele, da face, dos membros superiores e inferiores no sentido de se despistar palidez cutânea, presença de edemas e/ou tromboses. Tendo ainda em consideração o estado de orientação, a postura, a higiene corporal, o estado nutricional e a manutenção das eliminações (vesical e intestinal). É fundamental não esquecer a avaliação puerperal regular e o seu registo, de forma a manter continuidade de cuidados e prevenir situações complexas como atonia uterina e hemorragia pós-parto (OMS, 2022).

Uma queixa que deve ser valorizada na puérpera é a dor, que deve ser assistida e controlada de forma rápida e eficaz. É um sintoma que surge regularmente, decorrente da involução uterina e/ou de feridas em cicatrização. A mestranda procurou implementar estratégias não farmacológicas para alívio da dor quando oportuno, como a crioterapia, no entanto sempre que necessário administrou terapêutica analgésica prescrita (OMS, 2022).

Por outro lado, também muito importante, é realizar a avaliação psicológica, visto que o período pós-parto se caracteriza pela sua vulnerabilidade emocional sendo suscetível ao desenvolvimento de transtornos do foro mental. A adaptação ao novo papel, a componente hormonal e a reorganização familiar acarretam um conjunto de fatores que podem contribuir para três condições: o *blues* pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. As perturbações psicopatológicas são pouco reconhecidas

e de diagnóstico complexo pela dificuldade na identificação dos sintomas. Estas encaixam-se em uma das três categorias mencionadas anteriormente, consoante a sua severidade e intensidade. De destacar, que a sua evolução depende da duração e intensidade dos sintomas (Leitão, 2016).

O *blues* pós-parto resulta das mudanças de humor relacionadas com a reorganização hormonal e metabólica do parto e ocorre nos primeiros dias após o nascimento do bebé, caracterizado por labilidade emocional, ansiedade e fadiga. Por outro lado, a depressão pós-parto surge nos primeiros dias podendo durar até um ano, considerada uma perturbação emocional com um estado de tristeza profunda e persistente, com apatia e desinteresse, o que dificulta a vinculação com o bebé. Por fim, existe a patologia mais complexa, a psicose puerperal que corresponde a um conjunto de manifestações delirantes agudas associadas a uma mudança de humor drástica (Campos & Rodrigues, 2015; Leitão, 2016). Neste sentido, revela-se fundamental que, durante o puerpério, o EEESMO incentive a expressão de sentimentos, medos e receios para que possa ser prestado apoio emocional, num ambiente tranquilo e privado, e referenciar para a equipa diferenciada nessa área de atuação.

Referente ao bem-estar em todas as vertentes que influenciam a mulher, o EEESMO deve investir na capacitação do seu autocuidado no que diz respeito à higiene, aos cuidados perineais, às mamas e mamilos. Além de educar sobre a alimentação, atividade física, postura, sono e repouso, sexualidade, complicações pós-parto, sinais de alerta, gestão de desconfortos, consulta de revisão do puerpério e PF (Santos & Baptista, 2016). Importa ainda alertar a puérpera e família a recorrer a uma unidade de saúde caso surjam alterações físicas e emocionais significativas (OMS, 2022).

Relativamente ao RN, existem várias preocupações para os profissionais de saúde, onde se ressaltam a avaliação do estado geral, identificação de necessidades e a capacitação dos pais/cuidadores.

A observação do RN é realizada regularmente durante a prestação de cuidados e conseqüente educação para a saúde, sendo realizada a nível físico e neurológico. Na primeira é inspecionado a pele, o crânio e pescoço, face, coluna vertebral, articulações dos ombros, membros superiores e inferiores, tórax, coto umbilical e genitais. A monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico são também dados colhidos na avaliação antropométrica. No que concerne à observação neurológica são pesquisados os diversos reflexos existentes, nomeadamente o de sucção, deglutição, preensão palmar e plantar, *babinsky*, *crowling* e moro. Esta avaliação tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento do RN, supervisionar a sua adaptação à vida extrauterina e identificar precocemente desvios da normalidade e possíveis complicações.

Aliado aos conhecimentos teóricos existentes, o EEESMO na prestação dos cuidados ao RN, quer na sua avaliação física e neurológica, quer na observação de mamadas ou nas situações de choro torna-se capaz de determinar as suas necessidades e a partir daí contribuir para a autonomia dos cuidadores (OMS, 2022).

No que diz respeito à capacitação dos pais, a mestranda procurou supervisionar e educar para os cuidados básicos ao RN, como a higiene corporal, a limpeza do coto umbilical e muda da fralda, recorrendo, inúmeras vezes, a demonstrações da prática. Realizou também educação para a saúde acerca do sono seguro e das medidas preventivas da morte súbita do lactente, das cólicas e da deteção precoce de sinais de alarme. Para além da mãe, incluiu sempre que possível o pai ou outro convivente significativo na prestação de cuidados ao bebé, incentivando o seu papel como elemento do núcleo familiar e valorizando a sua presença no processo de vinculação. A prestação de cuidados partilhada favorece a confiança dos pais nas suas funções e promove um cuidado integrado e completo.

Em determinadas situações, alguns RN exigem uma vigilância mais rigorosa, nomeadamente em caso de icterícia, perda de peso, hipoglicémia e ainda na dificuldade de alimentação (OMS, 2022). Nestas condições, a mestranda redobrou a atenção e preocupação no sentido de identificar precocemente alterações significativas para referenciar para a equipa médica e prevenir complicações. Torna-se fundamental alertar os pais para o reconhecimento das necessidades e dos sinais de alarme do RN.

No estágio, a mestranda realizou ainda o rastreio das cardiopatias congénitas no dia da alta do RN através da determinação da oximetria de pulso em ambos os pés. Este é um procedimento não invasivo e de fácil execução, cujo objetivo consiste em determinar alterações cardíacas graves no RN (Morais & Mimoso, 2013). No momento de alta, é também explicado às puérperas a importância da realização do rastreio auditivo neonatal, caso não tenha sido efetuado durante o internamento. Adicionalmente, incentiva-se a ida ao centro de saúde para a monitorização do peso e para a execução do teste de *Guthrie*, usualmente denominado de “teste do pezinho”. Este deve ser feito entre o terceiro e sexto dia de vida, para rastreio de doenças genéticas, endócrinas e metabólicas (Ministério da Saúde, 2025).

Ainda em contexto de internamento hospitalar, a mestranda administrou a primeira dose da vacina da Hepatite B, que segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é efetuada à nascença. No âmbito da vacinação, esta procurou sensibilizar a mãe e família sobre a sua importância para a proteção e fortalecimento do sistema imunitário do RN, informando sobre as próximas vacinas (DGS, 2020).

No puerpério e na atualidade, a amamentação surge como uma temática complexa que gera muitas dúvidas e medos. O apoio ao AM constitui uma área de

intervenção imprescindível do EEESMO, que segundo o Regulamento n.º 391/2019, apresenta competências para conceber, planear, intervir e avaliar ações de promoção e apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A amamentação é um ato de amor e carinho que propicia a uma relação íntima entre a mãe e o bebé, fundamental para o seu desenvolvimento e fortalecimento, com inúmeros benefícios. No entanto, pode causar frustração, tristeza e insegurança na mãe dependendo do sucesso e da vivência pessoal da mulher. Amamentar deve ser sempre uma escolha livre e informada da mulher, tendo sempre em consideração a sua vontade e crença. Desta forma, a mestranda tentou compreender sempre e de forma cuidadosa a intenção da puérpera de amamentar, permitindo-lhe expressar as suas ideias e respeitando a sua decisão sem julgamentos (Antunes, 2021).

No apoio à amamentação, a mestranda inicialmente tentou perceber qual era a experiência (se aplicável) e os conhecimentos que tinha sobre todos os elementos que envolvem o AM. A partir da determinação das necessidades, esta interveio educando sobre os benefícios do AM, técnicas de pega correta do RN, posicionamentos confortáveis para amamentar e estratégias para combater dificuldades e prevenir complicações. Adicionalmente, educou sobre cuidados fundamentais com as mamas e mamilos, no que diz respeito à higienização adequada e hidratação para evitar complicações e permitir uma amamentação confortável. A frequência das mamadas e os sinais de que o bebé está a mamar de forma adequada são as informações mais requisitadas pela mãe e fornecidas pelo EEESMO. O AM exclusivo é fundamental para fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebé e promover a saúde e bem-estar de ambos.

No entanto, nas situações em que os bebés não foram amamentados, a mestranda procurou educar sobre a forma correta de preparação do Leite Adaptado (LA), quais os cuidados a adotar na higienização do material e importância de cumprir as instruções de reconstituição para assegurar a segurança alimentar do bebé. Independentemente do tipo de aleitamento, o intuito é proporcionar uma experiência positiva para ambos e garantir que as mães e famílias têm conhecimento dos recursos comunitários existentes após a alta hospitalar. O EEESMO deve ainda esclarecer dúvidas, providenciar estratégias de adaptação, mostrar disponibilidade e promover a autonomia (OMS, 2022), considerando-se um profissional de saúde fundamental para o sucesso da amamentação e vivência positiva do pós-parto.

O estágio de ESMO realizado na comunidade também contribuiu para a aquisição da competência apresentada, no que concerne ao acompanhamento e vigilância pós-natal da mulher, RN e família. Embora o contacto tenha sido limitado, na UCC a mestranda teve oportunidade de desenvolver atividades na prestação de cuidados à puérpera, RN e família em contexto de Visita Domiciliária (VD).

A VD consiste numa oportunidade de prestação de cuidados de saúde ao utente e família no seu domicílio, que inclui a avaliação, tratamento, educação para a saúde e reabilitação. Esta permite conhecer a realidade de vida, permitindo compreender a dinâmica do núcleo familiar e a definição e fortalecimento de vínculos (Brook & Salmon, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019c; Santos, 2021).

No âmbito do período pós-parto, a VD permite avaliar o bem-estar da puérpera, RN e família e a sua adaptação às novas condições familiares. Este contexto permitiu à mestrada identificar de forma fidedigna e próxima as necessidades, bem como, delinear um plano adequado de atuação, favorecendo a relação de confiança entre todos os intervenientes e a aquisição de competências (DGS, 2015; Brook & Salmon, 2015). A finalidade da VD no puerpério assenta na promoção do bem-estar da família e na capacitação da mulher no seu autocuidado e na prestação de cuidados ao RN, apoiando em todas as dificuldades e instruindo para os sinais de alerta.

Durante o estágio na UCC, a mestranda teve a oportunidade de realizar cerca de cinco VD a puérperas e RN. Durante as consultas de vigilância pré-natal e no PPPP, as mulheres eram elucidadas sobre a existência da VD e a sua finalidade, sendo que após alta hospitalar, estas entravam em contacto com a UCC para a sua realização. A primeira visita era agendada até ao sexto dia após o nascimento do bebé, sendo depois planeadas visitas acrescidas se necessário, normalmente relacionadas com dificuldades na amamentação. Na VD, a mestranda primeiramente procurou identificar as necessidades da família naquele momento, permitindo a prestação de cuidados individualizados.

De seguida, era realizada a avaliação física do RN reforçando a importância dos cuidados básicos como a higiene, troca da fralda, limpeza do coto umbilical, elucidando também sobre os sinais de alerta e o encaminhamento a uma instituição de saúde. Para complementar, a mestranda procedeu à avaliação do peso do RN (com recurso a uma balança portátil da UCC) para compreensão do seu crescimento, e à realização do rastreio neonatal/teste de *Guthrie*/teste do pezinho, garantindo que os pais/família compreendiam a sua finalidade e importância.

Para além da avaliação e prestação de cuidados ao RN, a mestranda dirigiu também a sua atenção para a puérpera. Na avaliação materna, esta verificou os parâmetros puerperais, fornecendo informação sobre medidas de alívio dos desconfortos sentidos. Em situação de Parto Eutócico (PE) solicitou a observação do períneo e em parto distócico por cesariana a ferida cirúrgica abdominal, para verificação da evolução cicatricial, ensinando sobre cuidados de limpeza à ferida. Em situações de risco infeccioso, era agendado um novo contacto de forma a manter a continuidade de cuidados e vigilância.

Na VD, a mestranda supervisionou e abordou questões relacionadas com a amamentação, auxiliando na técnica da pega correta e nos cuidados a adotar com os mamilos, sendo esta uma das dúvidas mais frequentes manifestadas pela mulher. Promovendo também o autocuidado, elucidando sobre a importância da higiene pessoal, a alimentação correta e descanso adequado e reparador como medidas fundamentais para a recuperação saudável a todos os níveis.

A componente social e de segurança são também avaliadas durante a VD, no sentido de compreender em que condições é que o RN e a família habitam. Verificando aspetos como a temperatura ambiente, a disposição do local de descanso do bebé e a evidência de fatores de risco que podem comprometer a sua tranquilidade. Sensibilizando os cuidadores para a adoção de práticas de sono seguro, posicionamentos corretos do bebé, escolha de um berço adequado e medidas preventivas de acidentes domésticos.

Tal como tem vindo a ser mencionado, o papel do pai é fundamental, sendo fulcral integrá-lo nos cuidados, enquanto elemento fundamental da tríade, no sentido de manter uma rede de apoio firme. A mestranda promoveu a partilha de tarefas no cuidado ao bebé, evidenciando a importância do envolvimento ativo do pai na dinâmica familiar e no apoio emocional à puérpera. Esta abordagem contribuiu para a participação da família e para a vivência saudável e equilibrada do período pós-parto, evitando sobrecargas ou conflitos (Vieira, 2018).

É possível concluir que a VD permite estender a prestação dos cuidados hospitalares às puérperas e RN, garantindo a continuidade da vigilância e acompanhamento, promovendo o vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias e um ambiente seguro e equilibrado. Uma vez que o curto internamento hospitalar não permite uma completa preparação e reorganização familiar à nova realidade, é perentório encontrar estratégias de continuidade de cuidados onde a VD está incluída (Santos, 2021).

Para a mestranda os estágios desenvolvidos no âmbito da prestação de cuidados no pós-parto foram enriquecedores para consolidar competências técnicas, emocionais e educativas, fulcrais como futura EEESMO. Tendo tido a possibilidade de prestar cuidados tanto à mulher no seu novo papel de mãe, como ao RN e seu núcleo familiar. Consensualmente, segundo a teoria das transições de Afaf Meleis, a mestranda participou ativamente na transição das mulheres para a parentalidade, apoiando a adaptação à novas responsabilidades e realidade. Este auxílio favorece a incorporação do novo papel familiar, a confiança e estabilidade emocional.

O EEESMO tem uma intervenção fundamental no cuidado à mulher, RN e família após o nascimento, facilitando a transição e adaptação à parentalidade. O pós-parto

constitui-se como um período de fragilidade que exige especial atenção perante algumas alterações que possam surgir e, eventualmente, acarretar complicações se não forem devidamente resolvidas em tempo útil.

Desta forma, o EEESMO deve desenvolver intervenções que priorizam a vigilância especializada, o apoio ao autocuidado, a educação para a saúde, o esclarecimento de dúvidas, a deteção precoce de anomalias e a prevenção de complicações contribuindo para uma transição saudável para a parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Este deve procurar sempre um ambiente tranquilo e seguro permitindo a escuta ativa, em que a mulher consiga expressar as suas dúvidas, receios e preocupações sobre o seu papel de parentalidade. Reforçando as capacidades e competências da puérpera enquanto mãe, com o intuito de reduzir a insegurança e promover a autoconfiança.

Ainda no contexto da competência abordada ao longo do subcapítulo, a mestranda refere não ter surgido a oportunidade de realizar consultas de revisão do puerpério. Para colmatar tal facto, tentou enriquecer a experiência com as VD que realizou e com algumas consultas de saúde infantil na faixa etária do RN realizadas na UCC.

No âmbito do pós-parto, a mestranda detetou a falta de programas de recuperação pós-parto, tanto a nível comunitário como hospitalar. Estes são fundamentais ao promoverem a saúde das mulheres tendo em consideração as alterações físicas, emocionais e psicológicas características do pós-parto, com a prática de exercícios que permitem a sua recuperação a todos os níveis, respeitando sempre, as necessidades da população-alvo e facilitando o desenvolvimento das competências necessárias para o autocuidado e cuidado do RN (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

1.4.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Para o estágio ESMO na SP foram delineados um conjunto de objetivos orientadores de estágio, especificamente cuidar da parturiente e RN em processos de saúde-doença; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em processos de saúde doença; capacitar a parturiente/casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o TP e parto ao nível dos cuidados hospitalares.

Com a finalidade de corresponder aos objetivos delineados, a mestranda desenvolveu a maioria das atividades no BP, tendo também colaborado no contexto da urgência ginecológica e obstétrica a fim de obter uma visão ampla das diversas fases do ciclo da mulher. Na ótica da mestranda, este estágio representa o culminar de todos

os conhecimentos, experiências e aprendizagens adquiridas ao longo da formação teórica e prática permitindo consolidar competências previamente adquiridas e desenvolver novas.

Na urgência ginecológica e obstétrica, surgem diariamente diversas situações clínicas que exigem atenção imediata, relacionadas com a saúde feminina da mulher e com o período pré-natal, parto e pós-parto. A mestranda teve a oportunidade de assistir urgências em que foi necessária uma atuação rápida, humanizada e ajustada às necessidades de cada mulher. Este contexto exige competências técnicas avançadas, sendo um ambiente imprevisível, intenso e desafiante, mas enriquecedor para o seu desenvolvimento como futura EEESMO.

Neste contexto, a mestranda prestou cuidados não só em situações ginecológicas agudas como infeções pélvicas, dores abdominais de causa indeterminada e hemorragias, como também a parturientes em diferentes períodos do TP e grávidas com complicações como pré-eclâmpsia, DG, rotura prematura de membranas, perda gestacional e hemorragia obstétrica.

Aquando da entrada da mulher na triagem, efetuada por um EEESMO, primeiramente é realizada uma colheita de dados sobre o motivo de ida ao serviço de urgência, seguida de uma avaliação do estado materno e fetal com a monitorização dos sinais vitais e da FCF (em grávidas). Caso os sinais e sintomas se justifiquem pode ser realizada a cervicometria e CTG. Após esta avaliação, é possível determinar anomalias e atuar em colaboração com a equipa multidisciplinar no sentido de intervir rapidamente e de forma fundamentada.

Condições clínicas mais complexas como pré-eclâmpsia, perda gestacional e hemorragias obstétricas causam na mulher e família instabilidade emocional, pelo que cabe ao EEESMO como profissional habilitado e especializado, não só estabilizar a condição clínica, mas também demonstrar apoio emocional através de um ambiente seguro e confortável.

Desta forma, o EEESMO tem um papel fundamental na identificação precoce de complicações e na realização de intervenções especializadas. Além do mais, pelo facto de ser um contexto imprevisível torna-se imprescindível uma atuação rápida e organizada em consonância com a equipa multidisciplinar para um cuidado holístico e completo. Valorizando não só a componente física, mas também a emocional, social e cultural, preparando a mestranda para, no futuro, lidar com situações complexas e desafiantes, com segurança, empatia e profissionalismo.

Remetendo ao BP, a mestranda participou ativamente em todas as fases do TP, desde a admissão em BP até aos cuidados do pós-parto imediato, garantindo a segurança e o bem-estar da mulher, RN e família. Torna-se importante definir o TP e

descrever as duas formas de nascer que existem, nomeadamente a via vaginal (PE ou distócico por ventosa/*fórceps*) e a via abdominal por cesariana. Sendo de realçar o PE como a intervenção autónoma mais complexa e importante do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O parto via vaginal consiste no nascimento de um bebé através do canal vaginal, considerado natural e fisiológico para o corpo humano, este pode ser eutócico ou distócico. O PE ocorre sem recurso a qualquer instrumento e normalmente é assistido por um EEESMO. Já o parto vaginal distócico acontece com recurso a uma ventosa ou *fórceps* aplicado por um obstetra para extrair o feto quando o bem-estar fetal materno-fetal está comprometido. Por outro lado, o parto distócico por cesariana consiste no nascimento do bebé via abdominal e é realizado no bloco operatório por dois obstetras.

No momento da admissão, a mestranda procedeu ao acolhimento da parturiente e da pessoa significativa de forma empática e acolhedora, procurando criar um ambiente de segurança e tranquilidade. Apresentou-lhes as diferentes áreas do BP, nomeadamente as SP, o berçário e o bloco operatório, com o objetivo de os familiarizar com o contexto assistencial. Paralelamente, eram fornecidas informações sobre o funcionamento do serviço, os principais procedimentos realizados e as diversas fases do TP. Esta abordagem visou estabelecer uma relação de confiança, promover o empoderamento da parturiente e reduzir a ansiedade associada ao TP.

No acolhimento era realizada uma avaliação inicial que incluiu a recolha de dados para a prestação de cuidados, tais como, os antecedentes pessoais e familiares, a vigilância pré-natal, a história ginecológica e obstétrica, o grupo de sangue e a evolução da gravidez atual. Esta anamnese era complementada com a revisão dos exames complementares de diagnóstico realizados como ecografias e análises laboratoriais, no sentido de detetar fatores que possam condicionar o TP. Para além disso, este surge como a oportunidade ideal para analisar o Plano de Parto (PP) da mulher (caso existisse) e para discutir preferências e expectativas, esclarecendo dúvidas e os protocolos do serviço (DGS, 2023). Nesta fase é realizada também a avaliação dos sinais vitais da parturiente, a cateterização de uma veia periférica para eventual fluidoterapia, sendo ainda realizadas análises laboratoriais mediante prescrição.

O TP consiste num “conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Fatia & Tinoco, 2016, p. 308). Este encontra-se dividido em quatro estádios, denominando-se o primeiro de apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino, o segundo de período expulsivo, o terceiro de dequitação e o último de puerpério imediato que engloba as duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016; OMS, 2018).

O primeiro estágio é dividido em duas fases, a latente e a ativa. Sendo que na latente as CU são irregulares, e de progressão lenta e ocorre o apagamento do colo e início da dilatação dos zero aos quatro cm. De seguida, na fase ativa as CU tornam-se mais regulares e intensas, com progressão mais rápida e a dilatação avança até aos dez cm (Fatia & Tinoco, 2016; OMS, 2018).

Nesta primeira fase do TP, é fundamental proceder à avaliação materno-fetal e ao acompanhamento físico e emocional da mulher. Desta forma, é realizada a monitorização em tempo real e regular da FCF e das CU com recurso ao CTG, cuja interpretação dos traçados é fundamental para a identificação de desvios da normalidade e consequente referenciação para equipa médica. O CTG permite avaliar parâmetros como a linha de base da FCF, a variabilidade, a presença de acelerações ou desacelerações e a frequência, duração e intensidade das CU. A sua compreensão possibilita a identificação precoce de sinais de sofrimento fetal, de desacelerações prolongadas, de bradicardia e taquissístolia (Ayres-de-Campos, 2016). Para além da avaliação do CTG, é necessário considerar o estado clínico global da parturiente como a IG e patologias associadas, para adequar os cuidados de forma imediata e garantir uma resposta clínica segura.

Quando o CTG é mencionado, refere-se ao que é realizado externamente com a aplicação de dois sensores (um tocodinamómetro e um cardiotransdutor) no abdómen da parturiente. No entanto também existe o CTG com monitorização interna, que consiste num procedimento invasivo em que é colocado um eléctrodo no escalpe fetal para monitorizar a FCF e outro no abdómen para detetar as CU. Esta técnica requer rotura da bolsa amniótica, o que aumenta o risco de infeção, e é executada quando o CTG externo não funciona de forma correta e não transmite as informações necessárias, por exemplo em mulheres obesas. A mestranda teve oportunidade de realizar este procedimento duas vezes, aumentando a variedade de experiências.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO tem competência para interpretar dados e identificar situações de risco materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A mestranda refere que a colocação e compreensão do CTG foi uma competência significativamente desenvolvida e consolidada durante o estágio, sendo fundamental para a prática como futura EEESMO, unindo os conhecimentos teóricos com a prática.

O primeiro estágio do TP é marcado pelo apagamento e dilatação progressiva do colo do uterino, o que implica uma vigilância rigorosa e adequada à parturiente. A cervicometria surge como o método de avaliação da progressão do TP através do toque vaginal. Esta permite determinar e interpretar as características do colo uterino no que diz respeito ao apagamento, dilatação, consistência e posição, e a partir daí identificar

a apresentação e variedade do feto e o estado das membranas da bolsa amniótica (Posner et al., 2014). De acordo com a orientação n.º 002/2023, a cervicometria deve ser executada com intervalos ajustados às queixas da parturiente, e a estagnação da evolução da dilatação num intervalo de 8 horas deve ser comunicado ao obstetra (DGS, 2023). O intuito é reduzir a frequência de toques vaginais no sentido de evitar infeções e o desconforto da mulher.

A mestranda refere que durante o estágio executou inúmeras cervicometrias, num ambiente seguro e privado, após o consentimento verbal da parturiente, utilizando sempre luvas e luvas esterilizadas em casos de rotura de membranas amnióticas. Após a observação, informava sempre a mulher e a EEESMO cooperante reforçando a confiança na evolução natural do TP. Da sua perceção, o toque vaginal foi um dos principais desafios ao longo do estágio exigindo perícia e treino prático contínuo. No decurso das múltiplas experiências, foi superando progressivamente as suas inseguranças, aprimorando a sensibilidade tátil e aperfeiçoando a destreza desta competência. A evolução consolidou não só a técnica como a capacidade de comunicação empática e a abordagem respeitosa.

A rotura espontânea da bolsa amniótica é uma ocorrência frequente durante o primeiro estadio do TP, existindo, muitas vezes, a dúvida se as membranas estão rotas ou intactas, sendo a observação direta do líquido amniótico o método de confirmação. A bolsa deve permanecer intacta até justificação para amniotomia, que consiste na rotura artificial das membranas amnióticas. As principais indicações são FCF com padrões fora da normalidade, ITP e colocação de eléctrodo no escalpe fetal (Fatia & Tinoco, 2016). A mestranda teve a oportunidade de realizar cerca de dez amniotomias após indicação médica e obtendo sempre o consentimento verbal da parturiente. A sua realização permite avaliar as características do líquido amniótico e analisar o bem-estar materno-fetal, com recurso amniótomo esterilizado ou descartável, aguardando sempre pela CU.

O partograma surge como um documento em forma de gráfico que deve ser preenchido a partir do momento em que a mulher entra em TP, ou seja, a partir da fase ativa do primeiro estadio. Este acompanha a evolução do TP, detetando desvios da normalidade e TP estacionário, sendo preenchido de hora a hora. São registadas informações relativas à dilatação do colo uterino, à descida da apresentação fetal, aos fármacos administrados, FCF, CU e integridade de membranas amnióticas. A análise dos dados é realizada em comparação com a curva de Friedman (Prada & Rafael, 2016).

A ITP é uma das principais causas de internamento em BP, acarretando um número significativo de mulheres, mais uma experiência complexa no percurso da

mestranda. A indução era executada através de métodos farmacológicos como a ocitocina ou prostaglandinas, o que requer uma monitorização mais rigorosa do CTG decorrente do risco de taquissístolia e sofrimento fetal. A mestranda menciona que acompanhou diversas parturientes em situações de ITP, desde a administração da terapêutica até à progressão para TP ativo, garantindo a vigilância do bem-estar materno-fetal contínua e intervindo de acordo com as necessidades, de modo a assegurar conforto e segurança. Também quando a dinâmica uterina era de baixa intensidade e irregular, era frequente a prescrição médica de ocitocina, associada ao protocolo hospitalar, para impulsionar as CU e promover a progressão do TP. Em caso de surgirem complicações a equipa médica era de imediato notificada e o protocolo ajustado ou interrompido.

Nesta fase do TP, a parturiente deve adotar estratégias que facilitem a dilatação e a progressão da apresentação tais como a deambulação, a mudança de posição, o uso da bola de nascimento/pilates, hidroterapia, massagem, musicoterapia, entre outros. A adoção destas estratégias permite, simultaneamente, facilitar a dilatação e a progressão, reduzir e/ou controlar a dor, melhorar a adaptação materno-fetal e reduzir a frequência de partos distócicos. Aqui o EEESMO apresenta competência para manter a parturiente informada sobre os exercícios e posições que pode adotar e transmitir calma e segurança, visto que, a forma de comunicação influencia diretamente a parturiente e conseqüentemente o processo de TP e a tomada de decisão. Além do referido deve também proporcionar um ambiente tranquilo, incentivar a presença e o envolvimento de um acompanhante significativo e esclarecer todas as dúvidas e procedimentos a realizar (Fatia & Tinoco, 2016). Durante este período, devem ser oferecidos líquidos claros como água, chá e sumos sem polpa e gelatinas conforme as preferências da parturiente e com conhecimento médico. Esta deve ainda ser incentivada a urinar com regularidade com o intuito de evitar a distensão vesical e permitir a descida do feto, sendo o cateterismo vesical utilizado apenas quando fundamental (DGS, 2023; Fatia & Tinoco, 2016).

A dor é um fator presente e determinante no TP, sendo uma prioridade providenciar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, consoante as preferências e necessidades da mulher (DGS, 2023). Apesar da dor ser uma sensação emocional subjetiva e individual a cada pessoa, a dor do TP é considerada como uma experiência extremamente desagradável, que advém das CU aliadas à dilatação cervical (Pedro & Oliveira, 2016). A mestranda procurou compreender as expectativas da parturiente em relação ao controlo da dor, e a partir daí explicar todos os métodos disponíveis, técnicas, vantagens, desvantagens e riscos envolvidos. Favorecendo a tomada de decisão esclarecida e informada.

Relativamente às medidas não farmacológicas é possível destacar a aplicação de calor, o uso da bola de nascimento/pilates, massagens na região lombar e técnicas de respiração controlada, que se demonstraram eficazes no alívio da dor, redução da ansiedade e promoção de conforto. A medida farmacológica frequentemente utilizada no TP é a analgesia regional, nomeadamente a epidural. De forma geral, esta é o método de alívio de dor mais comum entre as parturientes.

A analgesia epidural é normalmente administrada na fase ativa do TP, por se pensar que a sua colocação precoce prolonga a duração do TP. A técnica consiste na punção do espaço epidural, a nível lombal com a instilação de uma analgesia, permanecendo no local um cateter que permite a administração contínua ou intermitente da terapêutica (Guerra, 2016). À semelhança de muitos procedimentos, acarreta complicações, tais como hipotensão, parestesias, prurido e cefaleias. Quando a grávida solicita a analgesia epidural, esta é avaliada pelo anestesiológico, no entanto primeiramente é necessário perceber a fase do TP e o bem-estar materno-fetal. Na execução do procedimento, a mestranda procedeu à preparação do material necessário, seguido da monitorização dos sinais vitais e do CTG, auxiliou também no posicionamento adequado da mulher e forneceu suporte emocional para controlo da ansiedade e medo. Após conclusão da técnica, colocou a utente numa posição confortável e elucidou-a para a importância da alternância de decúbitos (Guerra, 2016).

A terapêutica instilada pelo cateter epidural, normalmente era uma conjugação de um anestésico local com um opióide em perfusão contínua. O primeiro fármaco abordado tem como efeito secundário o bloqueio motor dos membros inferiores, o que impede a deambulação de forma segura. Para além de causar relaxamento na musculatura da bexiga impedindo a micção espontânea, sendo expectável surgir a necessidade de recorrer ao esvaziamento vesical, pelo facto de que a presença de um globo vesical dificulta a descida da apresentação (DGS, 2023).

Em mulheres que não sofreram bloqueio motor dos membros inferiores, a mestranda promoveu a deambulação, a adoção de posições facilitadoras do TP e realização de exercícios na bola, no caso de ser possível e seguro. Esta estratégia permite aliar as medidas farmacológicas e não farmacológicas, de forma a proporcionar um ambiente humanizado, respeitando as preferências da mulher e promovendo a sua autonomia e confiança para uma experiência positiva, controlada e satisfatória. No entanto, no estágio estas situações foram escassas, visto que, após colocação do cateter, a maioria as parturientes optavam por ficar no leito. A atuação do EEESMO é novamente fundamental através do fornecimento de estratégias eficazes e confortáveis para gerir a dor e promover o TP, tendo em consideração a individualidade de cada mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O TP é um processo exaustivo, pelo que a componente emocional é uma prioridade durante o acompanhamento do primeiro estadio. A progressão do TP causa ansiedade tanto na parturiente como no acompanhante, tornando-se fundamental abordar as expectativas e reduzir as dúvidas e medos através de uma comunicação empática e constante. A mestranda procurou informar regularmente sobre a evolução do TP e tranquilizar sobre a demora e progressão gradual do feto ao longo do canal de parto, transmitindo segurança e confiança (OMS, 2018).

Ao longo do estágio a mestranda concluiu que o primeiro estadio corresponde ao mais longo, sendo a oportunidade para estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a parturiente e família. Esta fase é fulcral para envolver o convivente significativo em todas as etapas, abordando o TP como um processo participativo e relevante do casal. O intuito é garantir que o convivente significativo compreenda o processo e ofereça suporte prático e emocional, promovendo uma experiência de parto positiva e humanizada para a tríade. O EEESMO deve adequar a linguagem ao contexto social da parturiente e da família e valorizar a importância da rede de apoio.

O segundo estágio do TP, denominado de período expulsivo, inicia-se quando a dilatação está completa e termina com a expulsão do RN (Fatia & Tinoco, 2016; OMS, 2018). Nesta fase as CU aliadas com as da musculatura abdominal e do diafragma comprimem o útero consecutivamente, pelo que a parturiente deve focar-se nos esforços expulsivos. De forma a tornar os esforços mais eficazes, a mulher deve permitir o auxílio do EEESMO no sentido de encontrar estratégias (nomeadamente posições) para facilitar o processo (Fatia & Tinoco, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2019b). A duração do período expulsivo é variável, desde minutos até três horas, e depende de diversos fatores nomeadamente a eficácia das CU e dos esforços expulsivos, a analgesia, a situação física e emocional, a posição e a paridade da mulher. A apresentação, o tamanho e a posição do feto, e o apoio demonstrado pelos profissionais de saúde são também condições a considerar (Fatia & Tinoco, 2016).

A mestranda constatou que os esforços expulsivos ocupam um papel fundamental neste estadio favorecendo a sua execução de forma livre e espontânea. Na assistência ao período expulsivo, constatou que, mesmo com a dilatação completa, frequentemente, a parturiente não sentia necessidade de “fazer força” associando este aspeto à ainda inexistência do reflexo de Ferguson, como um mecanismo desencadeado pela pressão que o feto faz no colo do útero e na vagina. Durante o estágio, a mestranda procurou respeitar o tempo e o corpo da mulher, incentivando-a em todo o processo na mobilização e na adoção de posições mais confortáveis consoante as suas preferências, privilegiando sempre o bem-estar materno-fetal, monitorizando o bloqueio motor e a dinâmica do TP. Posições como cócoras, lateral ou

em quatro apoios favorecem a descida da apresentação e consequente expulsão fetal. Estas adaptações eram fulcrais em situações em a progressão do TP era mais lenta ou os fetos que se encontravam em variedade occipito-posterior. Verificou-se que os decúbitos *semifowler*, *fowler* com pernas fletidas e pés apoiados na cama eram as posições mais adotadas pelas mulheres. No entanto, a mestranda teve a oportunidade de assistir partos em decúbito lateral e em quatro apoios evidenciando a segurança e competência que o EEESMO detém.

Para além do referido, a mestranda procurou sempre implementar intervenções que respeitassem a fisiologia do parto e minimizar a necessidade de ações invasivas, assegurando o conforto da parturiente e a vigilância materno-fetal. Além de contribuir para um ambiente calmo e tranquilo, favorecendo a confiança da mulher e encorajando-a a ouvir o seu corpo e respeitar a “vontade” do mesmo. Em TP mais prolongados, era evidente o cansaço e ansiedade da parturiente, sendo necessário o profissional de saúde adotar uma postura de apoio no sentido de auxiliar na recuperação do autocontrolo e orientar os esforços expulsivos de forma mais eficaz. Sendo as técnicas de respiração cruciais para otimizar a oxigenação da parturiente e do feto e para controlar a pressão sobre o períneo, constituindo-se como outra estratégia de atuação do EEESMO (Sequeira et al., 2020).

Quando a apresentação fetal se evidenciava no introito vaginal e ocorria a coroação, era necessário recorrer a técnicas de proteção do períneo de forma a evitar ou reduzir traumas perineais, tais como lacerações ou episiotomia. De realçar a manobra de Ritgen que, consiste na proteção do períneo através da preensão do mesmo utilizado uma das mãos com a ajuda de uma compressa, controlando a saída do feto. Nesta manobra, a mão dominante protege o períneo e a outra ajusta o polo cefálico (DGS, 2023; OMS, 2018).

Com a progressão do TP, a mestranda avaliava as características dos tecidos no que diz respeito à elasticidade, à coloração, a friabilidade, tendo em consideração a paridade, a exaustão materna, o bem-estar materno-fetal e progressão da apresentação. De acordo com as orientações internacionais e nacionais, a episiotomia deve ser criteriosa e indicada apenas em situações específicas como a necessidade de acelerar a expulsão ou extração do RN por suspeita de hipóxia fetal ou na iminência de laceração grave. Recomenda-se que a episiotomia nunca seja realizada de forma rotineira (DGS, 2023; OMS, 2018). A mestranda assume que com a evolução do estágio e com a prática, tornou-se mais autónoma na avaliação dos tecidos, na tomada decisão e na execução da técnica de episiotomia apenas quando estritamente necessária e clinicamente indicada, obtendo sempre o consentimento verbal da parturiente.

Após exteriorização da cabeça fetal, a mestranda adotava uma atitude expectante aguardando a rotação externa e restituição da posição do bebé. De referir que, durante o estágio ocorreram duas situações de distócia de ombros, considerando-se estas situações emergentes pois, após a saída da cabeça, um ou ambos os ombros do bebé ficam presos no osso púbico da mulher impedindo a sua saída completa e acarretando riscos severos para ambos. Em ambas as ocorrências, a mestranda pediu de imediato ajuda e solicitou à parturiente que interrompesse os esforços expulsivos, de seguida aplicou a manobra de McRoberts e realizou a episiotomia. Com apoio da EEESMO cooperante e restantes profissionais de saúde presentes na sala, e execução de outras técnicas como a pressão supra-púbica e manobra de Woods foi possível desencravar e extrair o bebé. Embora ocorram ocasionalmente, as distócias são situações desafiantes e assustadoras que constituíram, neste estágio, uma oportunidade de aquisição de competências e aptidões para no futuro na mestranda.

Após a restituição da cabeça do bebé, era fundamental pesquisar a existência de circulares cervicais. Dos PE que a mestranda participou, a maioria eram largas e de rápida e fácil resolução, no entanto, nas circulares apertadas foi necessária laqueação e corte do cordão umbilical imediatos para permitir a saída segura do RN. Para auxiliar na expulsão do RN, a mestranda apoiava a cabeça do bebé e de seguida exteriorizava o ombro anterior e depois o posterior ajustando a sua saída. O intuito principal é promover uma experiência positiva de parto e personalizada (OMS, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

No final do estágio a mestranda assistiu cerca de 52 PE, verificando-se cerca de 13 períneos íntegros. Apesar da utilização das técnicas de proteção perineal ocorreram cerca de 22 lacerações de grau I e nove lacerações de grau II. Relativamente à episiotomia médio-lateral, houve necessidade de a executar cerca de oito vezes. Ao longo de todos os PE que assistiu, esta assume que adquiriu mais confiança e autonomia destacando o acompanhamento ao parto de forma segura e dinâmica.

A mestranda enfrentou, ao longo deste campo clínico, desafios específicos, nomeadamente a identificação correta da variedade, em casos de occipito-sagrada/occipito-posterior. Nestas condições, atuou ao implementar soluções para facilitar a rotação e a descida do feto através da adoção de diferentes posições da parturiente, respeitando o decurso fisiológico normal do TP e o ritmo da parturiente.

Em concordância com as diretrizes atuais da OMS (2018), após expulsão do RN, caso este apresentasse boa adaptação à vida extrauterina, era colocado em contacto pele-a-pele com o intuito de promover a vinculação precoce entre a díade. Em situações de partos distócicos e/ou mediante decisão dos pais, o pai ou convivente significativo pode realizar também contacto pele-a-pele, bem como, o corte do cordão umbilical.

Tendo em conta que esta atividade pode representar um momento significativo para a família, a mestranda procurou questionar sempre se o convivente significativo ou até mesmo a parturiente a queria realizar. Caso manifestassem interesse na mesma, a mestranda orientava a sua realização envolvendo de forma ativa a família no nascimento.

Na ausência de indicação para o corte imediato, priorizou-se sempre a clampagem tardia do cordão umbilical que consiste na laqueação e corte do cordão umbilical até este deixar de pulsar (aproximadamente dois/três minutos) (OMS, 2018). Esta prática contribuiu para um maior aporte sanguíneo ao RN e para melhorar a adaptação à vida extrauterina. O corte imediato do cordão é realizado em situações de instabilidade neonatal em que a prioridade é intervir imediatamente.

De mencionar que a mestranda teve oportunidade de colaborar em partos distócicos, sendo que a equipa médica incentivou sempre a sua participação. Estas situações são complexas e exigem a intervenção da equipa médica especializada, permitindo à mestranda adquirir novas experiências ao observar e auxiliar partos instrumentados (ventosa ou *fórceps*). Durante a vigilância materno-fetal é fundamental identificar prontamente situações que ultrapassam a área de atuação da equipa de enfermagem e notificar a equipa médica, contribuindo para uma intervenção multidisciplinar. A mestranda colaborou também em cesarianas no que diz respeito à preparação pré-operatória e da parturiente, conforme protocolo institucional, não esquecendo a componente emocional, e mais tarde, no acolhimento e prestação de cuidados imediatos ao RN após o nascimento.

Independentemente do tipo de parto, a mestranda assegurou a vigilância da FCF e do bem-estar materno, adotando sempre uma comunicação clara e empática com a parturiente e família, explicando cada fase, todas as intervenções realizadas e esclarecendo dúvidas. Este período constitui-se não só o mais desafiante, mas também o mais enriquecedor no que diz respeito a conhecimentos e competências técnicas e relacionais para o EEESMO.

O terceiro estadio, denominado de dequitação, inicia-se com a expulsão do RN e termina com a saída completa da placenta. Este consiste num processo fisiológico em que ocorre o descolamento da placenta do local de implantação decorrente das CU e da redução do tamanho do útero (Fatia & Tinoco, 2016). A mestranda adotou uma atitude expectante ao aguardar a resposta fisiológica do corpo da mulher visto que o descolamento tem duração variável. Caso após cerca de 45 minutos a uma hora não surgissem sinais de descolamento da placenta, a mestranda adotou uma postura ativa através da realização de uma tração cuidadosa do cordão umbilical, de massagem uterina e administração de uterotónicos conforme indicação médica (DGS, 2023; Fatia

& Tinoco, 2016; OMS, 2018). Quando a placenta se apresenta no introito vaginal é importante realizar torção axial de modo a garantir a saída completa não só da placenta, mas de todas as suas estruturas (Fatia & Tinoco, 2016).

Após a sua expulsão, a mestranda colocava a placenta na mesa de apoio e procedia à inspeção cuidadosa da mesma, no que se refere à presença de todos os cotilédones, à integridade das membranas e possíveis anomalias do cordão umbilical. Esta avaliação surge como uma forma de prevenir a retenção de fragmentos que poderiam acarretar complicações complexas como hemorragias pós-parto ou infeções. Depois da dequitação, a mestranda procurou solicitar a administração de ocitocina para impulsionar as CU e prevenir hemorragias pós-parto, e ainda verificar o globo de segurança de Pinard e as perdas sanguíneas. Seguidos de uma monitorização dos parâmetros vitais e a observação cuidadosa do períneo e do canal de parto, na pesquisa de eventuais lacerações (DGS, 2023; Fatia & Tinoco, 2016).

Durante o estágio a mestranda não presenciou qualquer irregularidade ou complicação durante o terceiro estadio do TP. Nesta etapa, a intervenção do EEESMO é fundamental para garantir a segurança, conforto, confiança e bem-estar materno. Para além de permitir aprofundar os conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia das estruturas, a eficácia desta intervenção permite que num futuro próximo se possam identificar facilmente anomalias, bem como, consolidar as competências técnicas, de vigilância e comunicação.

Por fim, surge o quarto estadio do TP designado de puerpério imediato, compreendendo as duas horas seguintes após a dequitação. Neste período os principais objetivos são proceder à reparação dos tecidos (se necessário) e contribuir para o bem-estar da puérpera e do RN.

Antes de iniciar qualquer sutura, a mestranda começou por examinar cuidadosamente o canal de parto e o períneo para identificar lacerações ou, no caso de episiotomia, avaliar a sua extensão. Com isto, adquiriu competências fundamentais na realização de episiorrafia e de suturas em lacerações de grau I e II através da execução de técnicas que garantiam uma recuperação rápida e confortável para a mulher. Na sua ótica, esta constituiu a técnica mais complexa e desafiante de todo o estágio em BP, contudo, evoluiu significativamente ao longo do estágio, principalmente no que se refere à identificação dos planos anatómicos, à aplicação da sutura e a administração de anestesia locorregional (quando necessário para alívio da dor). Sendo fundamental mencionar a importância da orientação e persistência de toda a equipa multidisciplinar na consolidação da destreza técnica e conhecimento anatómico. A prática e a experiência permitiram à mestranda tornar-se mais confiante, autónoma e segura para prestar cuidados especializados e ajustados às necessidades das mulheres. O facto do

internamento de puerpério se localizar perto do BP possibilitou também receber um *feedback* positivo posterior no que concerne à evolução cicatricial.

Nesse período de duas horas após o parto, a mestranda procedeu à monitorização e vigilância rigorosa da puérpera e do RN, à promoção da saúde e à prevenção de complicações. No que diz respeito aos partos vaginais, a mestranda aplicou na maioria das vezes crioterapia com a finalidade de diminuir o edema e aliviar o desconforto da mulher.

Tendo sempre por base a vontade da puérpera, esta fase surge como a oportunidade ideal para promover a amamentação, fomentando os esforços para garantir a eficácia das primeiras mamadas na primeira hora de vida do RN. Em situações de partos distócicos por via abdominal, quando possível, a mestranda procurou acompanhar o RN até ao bloco operatório para favorecer não só o AM, mas também a vinculação precoce, realçando a importância de adaptar os cuidados às necessidades do núcleo familiar e ao contexto presente.

Para além do referido, no puerpério imediato surge a educação para a saúde, sendo fulcral a abordagem de temáticas como o autocuidado da mulher, a gestão da dor, a alimentação e hidratação, os cuidados perineais ou com a sutura operatória, e ainda, os sinais de alerta. A componente física é importante, contudo, sem descurar a emocional, pelo que, o EEESMO acarreta o papel essencial na criação de um ambiente humanizado, seguro e tranquilo para a expressão de sentimentos, medos e dúvidas relacionados com o pós-parto e transição para a parentalidade.

Em todos os partos distócicos que presenciou, a mestranda assumiu a responsabilidade de prestar os cuidados imediatos ao RN com intuito de desenvolver competências nessa área. Após a receção do RN, a prioridade assenta na estabilização neonatal através da avaliação da vitalidade com recurso ao índice de APGAR e posterior intervenção. Este permite monitorizar parâmetros vitais como a FC, esforço respiratório, tónus muscular, reflexos e coloração da pele. De realçar que, em todos os partos distócicos existe a presença de um neonatologista ou pediatra com competências em neonatologia, pelo que, cabe ao EEESMO colaborar na aplicação de manobras de suporte quando necessário (aquecimento, permeabilização da via aérea e suporte ventilatório). Após avaliação e estabilização do RN, a mestranda procurou envolver o pai/convivente significativo nos cuidados iniciais ao bebé, como vestir a primeira roupa. Em situações críticas, em que o RN se encontrava instável e necessitava de assistência diferenciada e rigorosa, a mestranda ofereceu suporte emocional ao núcleo familiar, expondo cada etapa e esclarecendo dúvidas com o intuito de gerir a tristeza e incerteza.

O EEESMO deve ter conhecimentos sobre a saúde neonatal e competências para atuar consoante as necessidades do RN. Após estabilização do RN, a mestranda

prestou-lhe cuidados nomeadamente o exame físico em colaboração com o pediatra, a administração de fitomenadiona um mg intramuscular na coxa esquerda (consoante o protocolo institucional), a avaliação do peso e a colocação de pulseira antirapto e de identificação.

A mestranda procurou mais uma vez orientar a sua prática recorrendo à teoria de Kolcaba, no sentido de promover o conforto durante o TP com vista ao bem-estar em todos os níveis através da gestão da dor e de ações que suportem as decisões informadas da mulher e família. Relativamente à teoria das transições de Meleis, a mestranda consolidou a importância de apoiar a mulher e núcleo familiar durante a transição para a parentalidade, no sentido de promover uma experiência de parto positiva, humanizada e segura de que possa influenciar positivamente o período pós-parto.

Em suma, o estágio de BP para além de ser o mais longo foi também o mais enriquecedor e significativo no percurso formativo da mestranda, não só pelo elevado número de experiências diferentes, mas principalmente pela consolidação das complexas competências técnicas, comunicacionais, relacionais, emocionais como futura EEESMO. Conferindo-lhe a capacidade de compreender a importância da vigilância rigorosa, acompanhamento e assistência à mulher e família ao longo do TP, não esquecendo o suporte emocional, comunicação clara e promoção do vínculo familiar.

A mestranda prestou cuidados em inúmeras situações críticas, considerando-as uma mais-valia para a mobilização do vasto leque de ferramentas adquirido, mantendo sempre tranquilidade, empatia, confiança e segurança. A prática em contexto de BP foi fundamental para consolidar competências de abordagem holística, especializada e individualizada a cada família com a finalidade de promover o bem-estar materno-fetal e prevenir o desenvolvimento de complicações. Todas as competências desenvolvidas garantiram uma base sólida para a prática futura adaptada às necessidades de cada mulher e família.

Antes de iniciar o estágio em ESMO no BP, a unidade hospitalar dinamizou uma formação dirigida aos enfermeiros pertencentes ao serviço de Ginecologia e Obstetrícia, denominada de “Parir em movimento” de Núria Vives. O ciclo “Parir em movimento” divide-se em quatro módulos, módulo I e II: a mobilidade da pelve, posições e movimentos no parto; módulo III: técnicas de respiração na gravidez e parto; módulo IV: períneo, respiração e movimento na gravidez. Este método apresenta uma pedagogia baseada no respeito do próprio ritmo da pessoa para experimentar, sentir e integrar a grande variedade de movimentos, posições e propostas respiratórias (UTERUS, 2022; Vives, 2025).

A mestranda participou no módulo III e IV realizado durante três dias por Núria Vives, na biblioteca da unidade hospitalar, onde foram utilizados modelos anatómicos, documentos, projetos e desenhos anatómicos específicos, que permitiram compreender a anatomia de forma tridimensional e o movimento. Visto que diversos formandos não tinham participado do módulo I e II, a formadora iniciou a formação conferindo alguns conhecimentos pertencentes aos módulos anteriores como nota introdutória.

Durante a formação, os formandos são convidados a reconhecer a anatomia e os movimentos primeiro em si, para depois integrá-los e futuramente os poder transmitir. A mestranda considera que a formação adquirida com o método “Parir em movimiento” foi crucial para aplicação no estágio em SP, desde o conhecimento do períneo feminino e dos movimentos às técnicas de respiração existentes e à conexão entre ambos os elementos para apoiar as mulheres de forma completa e informada. Na prática, a mestranda auxiliou a mulher a encontrar a subtilidade e delicadeza dos músculos do pavimento pélvico e progressivamente a sua força e elasticidade, fundamentais para o TP e para a recuperação no pós-parto (Vives, 2025). De concluir que, foi uma formação enriquecedora e fundamental para a prática do EEESMO, permitindo compreender como a conjugação da posição, respiração e períneo podem influenciar o bem-estar e a experiência não só no parto, mas também do pós-parto. O certificado de participação pode ser consultado em anexo (anexo IV)

Durante a realização do estágio em BP, a mestranda teve a oportunidade de realizar um curso teórico-prático de sutura perineal baseado em evidência com a carga horária de 8 horas, com o certificado de realização em anexo (anexo V). Relativamente à componente teórica foram abordadas diversas componentes nomeadamente a anatomia do pavimento pélvico e do traumatismo perineal, abordando a episiotomia e as lacerações perineais; a anestesia para a correção cirúrgica do períneo; os objetivos da sutura perineal e os princípios de sutura; as técnicas de sutura contínua *versus* técnica interrompida: evidência científica, o material de sutura perineal recomendado pela evidência científica; a descrição da técnica de sutura contínua para encerramento de todos os planos do traumatismo perineal; as suturas de lacerações de grau I; os cuidados pós sutura perineal. Por outro lado, a componente prática foi executada em língua de porco, onde foram praticadas técnicas como o nó quadrado, o nó de Aberdeen, o nó cruzado e a sutura perineal contínua (lacerações de grau I, lacerações labiais, lacerações de grau II e sutura intradérmica).

A mestranda assume a realização do curso como uma mais-valia e uma ferramenta fulcral no desenvolvimento da sua prática e na aquisição de competências técnicas durante a execução do estágio em BP.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

Ao longo das últimas décadas, a sociedade tem testemunhado uma transformação significativa no papel da mulher, que deixou de estar restrita a funções domésticas e reprodutivas, assumindo um papel ativo no próprio percurso de vida. Atualmente, as mulheres apresentam liberdade para tomar decisões sobre casamento, maternidade, carreira profissional e aspetos pessoais. Paralelamente, tem surgido uma maior abertura para abordar a sexualidade de forma livre de tabus, reconhecendo-a como um pilar fundamental para o bem-estar e realização pessoal.

Presentemente, reconhece-se a saúde sexual como fundamental para a manutenção de relações afetivas duradouras e como componente integrante da saúde global do ser humano, aliada a experiências pessoais, crenças e valores culturais. Segundo a OMS (2015), esta pode ser definida como "o bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades" (p. 15). Esta implica uma abordagem positiva e respeitosa no que concerne aos relacionamentos sexuais, com o intuito de proporcionar oportunidades seguras e prazerosas, isentas de discriminação. Para que os indivíduos sejam capazes de alcançar a saúde sexual é necessário ter em consideração o acesso a informações relativas à sexualidade, a cuidados de saúde sexual de qualidade e a um ambiente tranquilo que favoreça a comunicação (OMS, 2015).

A OMS (2022), citado por APF (2025), define sexualidade como "uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra na forma como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados". A sexualidade constitui-se parte integrante na vida de todo o ser humano e da sua identidade ao longo da vida, favorecendo o equilíbrio físico e emocional (APF, 2025). Contrariando as crenças religiosas antigas em que a sexualidade era unicamente reconhecida pelo domínio biológico da reprodução, na atualidade esta encontra-se intimamente relacionada com dimensões corporais, desejos, sensualidade, erotismo e afetividade. A sexualidade une experiências e cada indivíduo expressa a sua de acordo com o contexto cultural e social em conjunto com a personalidade, vivências e valores (Gomes et al., 2023; Vieira, 2020).

A vivência da sexualidade caracteriza-se pela diversidade, sendo fundamental reconhecer os diversos fatores que influenciam a atividade e o comportamento sexual, onde se destacam a autoimagem, a autoestima, as experiências sexuais anteriores, a perceção corporal, a comunicação, e ainda medos, mitos e preocupações (Gomes et al., 2023). A sexualidade deve ser integrada e valorizada nos cuidados em todas as

etapas de vida, nomeadamente durante a gravidez, onde pode assumir-se como um desafio para os casais (Laranjo, 2021; Vieira, 2020).

A gravidez constitui-se como uma fase importante no ciclo vital feminino, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais e culturais que representam um desafio de adaptação para a mulher e casal (Carteiro & Néné, 2024). As transformações físicas incluem náuseas, pirose, cansaço, lombalgias, edemas, aumento do volume abdominal, sensibilidade mamária e poliúria. A nível emocional surgem sentimentos de ansiedade, insegurança, preocupação e alterações de humor (Moreira et al., 2022; Severino, 2017; Vieira, 2020). No que concerne ao relacionamento conjugal, a gravidez altera as dinâmicas individuais, a componente afetiva e a vivência da sexualidade (Vieira, 2020).

As flutuações no desejo e nas relações sexuais são frequentes durante a gravidez, variando em cada trimestre. O primeiro trimestre caracteriza-se pela diminuição do desejo sexual, pelas mudanças corporais, desconforto causado pelos sintomas iniciais e receios sobre o bem-estar fetal. No segundo trimestre há tendência para o aumento do desejo sexual e da lubrificação vaginal, elevação da autoestima e intensificação do prazer. No terceiro trimestre há decréscimo da prática sexual face às limitações físicas cada vez mais evidentes (Carteiro & Néné, 2024; Moreira et al., 2022; Severino, 2017).

Existem várias estratégias de comportamento sexual que não implicam necessariamente penetração, nomeadamente beijos, carícias e abraços. É importante explorar estas estratégias potenciando a união e intimidade no casal (Carteiro & Néné, 2024). A comunicação assume um papel imperioso no sentido de promover a expressão de sentimentos, medos e dúvidas. O diálogo favorece a compreensão, adaptação e redefinição de práticas sexuais (Carteiro & Néné, 2024; Moreira et al., 2022; Severino, 2017).

É fundamental incluir de forma ativa o parceiro, visto que este assume principalmente a função de suporte emocional. A paternidade também se assemelha a um período de transição repleto de emoções que impactam a vida sexual do casal (Carteiro & Néné, 2024). Atualmente, tem-se verificado uma mudança no desempenho do pai, nomeadamente a adoção de um papel mais ativo e participativo (Moreira et al., 2022; Severino, 2017; Vieira, 2020).

Cabe aos profissionais de saúde, especialmente ao EEESMO, informar a mulher e casal durante as consultas de vigilância pré-natal sobre a sexualidade na gravidez, explicar as transformações físicas e psicológicas e desmistificar mitos (Carteiro & Néné, 2024; DGS, 2015; Gomes et al., 2023). Em Portugal, a investigação sobre sexualidade na gravidez continua limitada, sendo essencial aprofundar o estudo nesta área.

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

As teorias em enfermagem têm vindo a ganhar extrema importância ao longo dos últimos anos, constituindo-se como um pilar da disciplina e do ensino, para além de potenciar a prática através do desenvolvimento de conhecimentos específicos. Desta forma, a elaboração de teorias simplifica o domínio específico da enfermagem no qual os enfermeiros fundamentam as suas intervenções no conhecimento teórico, empregando-o como um referencial que orienta o pensamento crítico e a tomada de decisões (Lacerda et al., 2024).

A enfermagem tem como foco central cuidar as respostas manifestadas pelo ser humano, família e comunidade perante as transições vivenciadas decorrentes de processos de saúde-doença, experiências e etapas do ciclo vida. A prática baseada em referenciais teóricos norteia os cuidados e permite a sua adaptação e personalização consoante o contexto e as necessidades de cada um (Boura, 2021).

Com a finalidade de fundamentar a relevância de abordar a vivência da sexualidade das mulheres na gravidez foram utilizadas duas teorias de médio alcance: a Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis e a Teoria do Conforto descrita por Katherine Kolcaba. A primeira foi desenvolvida em meados da década de 1960 enquanto Afaf fazia o seu doutoramento, sendo que para a construção da teoria baseou-se inicialmente nos processos relacionados com o PF e com papel parental. Mais tarde incorporou outras condições como a menopausa e o diagnóstico de patologias para a efetivação de um modelo explicativo (Guimarães & Silva, 2016). A segunda foi apresentada pela primeira vez em 1994, cujo foco assenta no estabelecimento do conforto de forma holística para o utente e para a sua família, envolvendo-os nos cuidados promotores de saúde. O seu interesse pelo estudo do conceito surgiu durante o seu percurso como enfermeira numa unidade de cuidados a doentes com *Alzheimer* (Martins et al., 2022; Silva & Nascimento, 2023).

Durante a vida dos indivíduos surgem diversas transições, cada uma delas responsável por alterações importantes com implicações na saúde, bem-estar e qualidade de vida de cada um. Desta forma, também a transição para a gravidez e parentalidade, considerada um período de vulnerabilidade e instabilidade emocional, acarreta um conjunto de adaptações a diversos níveis, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade (Laranjo, 2021).

A teoria de Meleis oferece um suporte para as intervenções de enfermagem nas transições ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano (Meleis, 2012). Esta refere que a transição corresponde a um dos conceitos centrais da enfermagem, uma vez que,

os encontros entre o enfermeiro e a pessoa a ser cuidada normalmente ocorrem em situações de mudança ou de instabilidade (Santos, 2021).

Essas transições independentemente de serem simples ou complexas envolvem mudanças na identidade, papéis, relacionamentos e comportamentos (Meleis, 2012). Desta forma, a teoria aborda processos e conceitos que refletem a prática, sendo constituída por quatro componentes fundamentais: a origem das transições (tipos, padrões e propriedades), os condicionantes facilitadoras e inibidoras (pessoais, comunidade e sociedade), os padrões de resposta (indicadores de processos e de resultados) e terapêutica de enfermagem (Guimarães & Silva, 2016).

As transições correspondem aos resultados de transformações na vida, na saúde e nos relacionamentos, sendo um processo marcado pela diversidade, complexidade e singularidade (Guimarães & Silva, 2016). Para Meleis et al. (2000), a transição diz respeito à mudança de uma condição estável para outra, e que implica a incorporação de novos conhecimentos e comportamentos pelos indivíduos. Existem diversos tipos de transição na prática de enfermagem que podem ser vivenciadas pelos indivíduos, nomeadamente a desenvolvimental (relacionada com as mudanças do ciclo vital), saúde/doença (quando surge uma alteração de bem-estar para condição patológica), situacional (associada a acontecimentos que provocam mudança de papéis) e organizacional (em que o indivíduo pode experienciar mais do que uma transição ao mesmo tempo) (Guimarães & Silva, 2016; Meleis et al., 2000).

Quando ocorre um processo de transição, a pessoa está consciente do que está a acontecer, sendo que de todas as que podem ocorrer a que mais se destaca é a transição para a parentalidade. Nesta, a família prepara-se para receber um novo elemento pelo que se torna imprescindível reorganizar rotinas, redefinir papéis e adquirir novas competências e habilidades. Segundo a Teoria das Transições de Meleis, a transição para a parentalidade corresponde a uma transição desenvolvimental, uma vez que implica uma definição ou redefinição de papéis, sendo influenciada pelas características pessoais de cada um, nomeadamente os conhecimentos e competências que têm à data, o planeamento ou não da gravidez, o significado que a gravidez tem e a paternidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

Esta transição para a parentalidade não tem um prazo temporal, ou seja, a sua duração vai depender da forma como o casal vivencia a mudança de papéis e se adapta à nova situação de vida. Cabe aos profissionais de saúde favorecer uma transição para a parentalidade saudável através da educação para a saúde, tendo em consideração as condições existentes no núcleo familiar e os contextos socioculturais, que tanto podem favorecê-la como prejudicá-la. Também aqui a mulher/casal devem desenvolver a capacidade de reflexão, interação e de confiança pois só assim serão capazes de lidar

com a mudança e desenvolver novas estratégias e competências (Guimarães & Silva, 2016; Meleis, 2005).

Para além do mencionado, os enfermeiros como principais cuidadores da mulher e família, no decurso da transição para a parentalidade, devem identificar as necessidades que se encontram alteradas e a partir daí delinear e implementar intervenções que auxiliem todo o processo (Guimarães & Silva, 2016). Não esquecendo a individualidade de cada pessoa, o que pode acarretar uma grande variedade de respostas entre as mulheres e famílias (Santos, 2021).

A gravidez e maternidade correspondem a uma transição à qual lhes é inerente a satisfação da sexualidade, onde a promoção de uma sexualidade saudável surge como uma competência do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Desta forma, torna-se fulcral compreender como a mulher vivencia a sexualidade durante a gravidez e onde é possível atuar para promover o bem-estar. A experiência da mestrandia e a fundamentação teórica desenvolvida sugerem que as mulheres e casais enfrentam alterações, dificuldades e sentimentos negativos relativamente à atividade sexual durante a gravidez, tornando-se pertinente mapear a evidência científica existente sobre essa condição.

O conforto surge como um conceito inerente ao cuidado, que tem sido estudado por diversos autores, sendo considerado como uma necessidade humana básica e um dos principais resultados da prática de enfermagem (Martins et al., 2022). Desta forma, remetemos a Kolcaba que refere que durante a prestação de cuidados de enfermagem a promoção do conforto é fundamental para garantir as necessidades do utente, considerando todos os fatores que o influenciam. A teoria do conforto pressupõe ferramentas fulcrais para promover cuidados adequados, dividindo o conforto em três componentes - alívio, tranquilidade e transcendência - e em quatro contextos diferentes - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental - remetendo para a sua complexidade e multidimensionalidade (Cardoso et al., 2020; Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

A teórica define conforto como uma experiência imediata do ser humano, garantida pelo alcance dos três componentes referidos anteriormente, independentemente dos contextos. Sendo que o contexto físico remete às sensações corporais, o psicoespiritual à sua própria consciência, autoestima, sexualidade e espiritualidade, o ambiental aos constituintes artificiais do meio e o sociocultural relativamente às relações interpessoais e familiares. Ressalva-se que a definição e o alcance de conforto vão muito além de ausência de dor ou desconforto físico (Kolcaba, 2003; Martins et al., 2022).

A gravidez, tal como tem vindo a ser constantemente reforçado, constitui-se como um período carregado de transformações em todas as vertentes que influenciam

a mulher, o que consequentemente prejudica o seu conforto. Sendo os enfermeiros os principais cuidadores não só da mulher, mas também da sua família, perante a transição, para além de facilitarem todo o processo, devem contribuir com medidas e estratégias que promovam o conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003).

De forma a garantir que os resultados sejam atingidos, o enfermeiro deve estar presente ao longo de todo o processo transicional, garantindo o saber a quem a vivencia e promovendo bem-estar e qualidade. A teoria de Meleis confere ferramentas que auxiliam os enfermeiros a compreender os fatores que podem influenciar a transição dos indivíduos, promovendo a adaptação à nova condição de vida (Boura, 2021). Adicionalmente, a satisfação da sexualidade está intrinsecamente associada ao conforto, sendo a promoção da sexualidade saudável uma das competências do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Conciliar a teoria das transições e a teoria do conforto com a prática desenvolvida pela mestranda foi uma mais-valia, no sentido em que permitiu compreender qual o contributo e intervenção que pode adotar para facilitar a vivência da sexualidade durante a transição para a parentalidade. Assim sendo, através da prática especializada do EEESMO, prevê-se uma crescente sensação de conforto associada à simplificação do processo de transição.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A enfermagem, tal como qualquer outra disciplina científica, exige o desenvolvimento e atualização contínua dos seus conhecimentos, o que apenas pode ser assegurado através da investigação (Vieira, 2015). A investigação surge como uma ferramenta indispensável, baseada em evidência científica, para o desenvolvimento da prática clínica e na consolidação de conhecimentos (Basto, 2009).

Reconhece-se desta forma, a importância da investigação em enfermagem não só para o desenvolvimento da profissão em si, mas principalmente para sustentar a tomada de decisões informadas na prestação dos melhores cuidados aos utentes e satisfação das suas necessidades. Pretende-se com a investigação promover uma atitude reflexiva e crítica, questionando os modelos de trabalho e práticas profissionais existentes, no sentido de encontrar alternativas atualizadas para a resolução de problemas (Martins, 2008). No entanto, para manter a atualização dos cuidados é necessário que a comunidade científica continue a demonstrar interesse nas diversas áreas de investigação (Sousa & Baptista, 2011).

No âmbito da vivência da sexualidade na gravidez, a investigação adquire um papel fulcral, ao fornecer ferramentas científicas que permitem identificar novas abordagens, e avaliar de forma sistemática o impacto das práticas instituídas na promoção do bem-estar das mulheres e suas famílias. Nesse sentido, salienta-se a importância do EEESMO como agente da mudança e inovação na melhoria contínua dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O presente trabalho seguiu uma metodologia coordenada em duas componentes complementares, com o intuito de compreender o papel do EEESMO na vivência da sexualidade durante a gravidez. A primeira fase consistiu na elaboração de uma SR, desenvolvida de acordo com a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*, que apresenta como objetivo mapear a evidência científica existente sobre a vivência da sexualidade na gravidez (JBI, 2020).

Após realização da primeira etapa, surge a seguinte, na qual foi realizado um trabalho de campo. Este estudo recorreu a um método quantitativo transversal do tipo descritivo, desenvolvido junto das mulheres grávidas em contexto de consulta de enfermagem de vigilância pré-natal na ULS onde foi desenvolvido o estágio. A recolha de dados com recurso a um instrumento validado, permitiram analisar as diferentes componentes que influenciam a sexualidade da mulher durante o período gravídico.

Com os resultados obtidos, foi possível integrar a teoria selecionada e a prática, reforçando o papel do EEESMO na promoção da vivência da sexualidade de forma

saudável e na implementação de estratégias eficazes nesse âmbito, no que concerne o contexto português.

3.1. SCOPING REVIEW

Como tem sido a ser mencionado recorrentemente ao longo do presente relatório, a sexualidade na gravidez tem vindo a apresentar uma crescente relevância, o que inevitavelmente incute no EEESMO o papel essencial no auxílio às utentes e famílias, através da implementação de estratégias eficazes para promover a sua vivência de forma segura e saudável. Neste âmbito, foi desenvolvida uma SR com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a vivência da sexualidade na gravidez.

A revisão foi elaborada de acordo com a metodologia *Joana Briggs Institute*, seguindo uma abordagem estruturada, permitindo a identificação e organização da evidência científica relevante disponível (JBI, 2020). O processo da realização da SR foi desenvolvido em cinco etapas principais: a identificação da questão de investigação; a definição dos estudos relevantes; a seleção de estudos; a extração de dados e por fim, a apresentação e análise dos dados extraídos.

Identificação da Questão de Investigação

A primeira fase consiste na definição da questão de pesquisa e dos critérios de inclusão, recorrendo à mnemónica PCC (Participantes, Conceitos e Contexto), uma ferramenta metodológica reconhecida e recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020). Sendo que a questão de pesquisa delineada foi “Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?”. Relativamente aos critérios de inclusão, os participantes incluídos no estudo foram as mulheres; o conceito aborda a sexualidade; e o contexto definido foi a gravidez. Este primeiro momento contribuiu para uma procura e análise de forma sistemática e dirigida, assegurando um pilar sólido para as etapas seguintes.

Definição dos Estudos Relevantes

Na segunda etapa, inicialmente foram identificados e validados os descritores que iriam integrar a SR, através da plataforma *MeSHbrowser*. Os descritores incluídos foram: *Nursing Care*, *Pregnancy*, *Sexual Health*, *Sexuality* e *Woman*. De seguida, os descritores foram unidos pelos operadores booleanos “AND” e “OR”, resultando na construção da expressão de pesquisa: *Pregnancy AND Sexuality OR Nursing Care*. A pesquisa foi realizada em abril de 2025 na plataforma EBSCOhost, abrangendo as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane. Tendo sido

introduzidos como limitadores universais o texto completo de acesso livre e o friso cronológico de 2 anos (de 11 de abril de 2023 a 11 de abril de 2025), e enquanto limitadores específicos o resumo disponível, o idioma português, inglês e espanhol, a idade entre os 19-44 anos, humanos e o género feminino. Ao longo da elaboração da estratégia de pesquisa foi efetuada a pesquisa de cada descritor de forma isolada, e seguidamente realizadas todas as conjugações entre os descritores, identificando o número de artigos.

O apêndice VI apresenta a SR integral, onde em apêndice II é possível consultar a tabela onde constam os resultados obtidos para cada base de dados, com os limitadores anteriormente referidos.

Seleção dos Estudos

Seguidamente, a terceira etapa corresponde à seleção dos estudos, em que após a definição da estratégia de pesquisa e a realização da pesquisa nas bases de dados adotadas, iniciou-se a triagem dos artigos selecionados. Inicialmente foram identificados cerca de 568 artigos nas bases de dados mencionadas. Através da utilização do PRISMA 2020 *Flow Diagram* (Page et al., 2021), procedeu-se inicialmente à etapa *Identification*, que corresponde à identificação das fontes, onde se verificou que cerca de 20 artigos se encontravam duplicados resultando em 548 artigos. Sendo que não existiam artigos ilegíveis, pelo que não houve a sua rejeição.

Na etapa seguinte do PRISMA, designada de *Screening*, foram eliminados os artigos que após leitura do título e do resumo não se encontravam de acordo com os critérios de inclusão supracitados e previamente definidos de acordo com o método PCC, pelo que dos 548 artigos cerca de 528 foram retirados. Resultando em cerca de 20 artigos, que foram enumerados para leitura integral. Ainda nesta fase, foram excluídos 6 artigos por não se enquadrarem na temática em estudo (razão um), dois artigos por não contribuírem para a compreensão da questão de revisão (razão dois) e três artigos por não apresentarem resultados/discussão e/ou conclusão (razão três). No apêndice III da SR que se encontra em apêndice VI do presente relatório, é possível consultar a lista dos artigos excluídos por estas razões. Sendo que na última etapa do PRISMA 2020, designada de *Included*, foram incluídos nove artigos. O PRISMA 2020 *flow diagram* completo e os artigos que cumprem os critérios de inclusão e que foram incluídos como contributo para a questão de revisão podem ser consultados na SR que se encontra em apêndice VI.

Extração dos dados

A quarta etapa do processo de realização da SR corresponde à extração de dados, em que após revisão na íntegra dos artigos incluídos que detinham critérios de inclusão, procedeu-se à análise dos mesmos através de um instrumento de recolha de dados denominado de *Data Extraction Instrument*. Sendo constituído por vários itens que permitiram extrair e organizar os dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos (título, autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologia, conclusões dos autores e do revisor). Este encontra-se sistematizado no apêndice IV da SR que se encontra no apêndice VI do presente relatório. Os estudos analisados foram publicados entre 2023 e 2025, na China, Irão, Polónia, Taiwan e Turquia. Entre os artigos, oito remetiam para o paradigma quantitativo e um para o paradigma misto, com um número de participantes a variar entre os 100 e os 515.

Apresentação e análise dos dados extraídos

A última etapa da SR é marcada pela extração e análise dos dados em diversas categorias de interesse dentro da temática central, com o intuito de suscitar as principais ideias retiradas dos artigos, e posteriormente proceder à sua comparação, suplementação e discussão.

A sexualidade constitui-se como uma necessidade humana básica inerente a qualquer indivíduo, sendo facilmente modificável ao longo das diversas etapas do ciclo de vida da mulher (Aksoy, 2023; Dulger et al., 2024; Szymaska 2024). Na gravidez, a mulher sofre um conjunto de modificações fisiológicas e psicológicas, que podem interferir na forma como a mulher e/ou casal vivem a sua sexualidade e o seu relacionamento (Huanga et al., 2024; Öcalan et al., 2024).

Durante a gravidez, face às variações hormonais existe uma maior ocorrência de desentendimentos conjugais. Sendo a atividade sexual considerada uma forma de comunicação entre os casais, deve ser mantida com o objetivo de melhorar o relacionamento e a adaptação à nova fase de vida (Unal & Yagmur, 2024).

Com a análise efetuada a partir dos artigos estudados, é possível destacar que durante a gravidez o comportamento sexual é muito variável, a libido tanto pode estar aumentada como diminuída de forma repentina. Sendo que geralmente, no primeiro trimestre o desejo sexual diminuí decorrente da diversidade de novos sintomas que surgem como resposta ao desenvolvimento de um novo ser. No segundo trimestre, considerado um trimestre de tranquilidade, o desejo sexual por norma aumenta tal como a frequência de relações sexuais. No final da gravidez, no terceiro trimestre, face à

preocupação com o parto e ao aumento do abdômen ocorre novamente um declínio no desejo sexual (Szymaska, 2024).

É de mencionar que, mulheres com uma sexualidade pré-gestacional positiva e imagem corporal igualmente positiva durante a gravidez apresentam uma atitude adequada na manutenção de relações sexuais durante a gravidez e no pós-parto (Öcalan et al., 2024).

Também a obesidade e a realização de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), problemáticas cada vez mais comuns na sociedade, podem influenciar negativamente a vivência da sexualidade durante a gravidez, cada uma com as suas particularidades. A obesidade para além de poder acarretar na gravidez consequências negativas para a mãe e para o feto, afeta negativamente a autoconfiança e a qualidade de vida da mulher, o que se traduz na diminuição da autoestima e do desejo sexual (Altinayak & Abukan, 2023). Por outro lado, as TRA são um procedimento que provoca preocupação nos casais no que diz respeito à prática de relações sexuais pelo receio de aborto, hemorragia, dor ou APPT (Dulger et al., 2024; Huang et al., 2024)

Emerge assim, destacar a educação como um pilar para desmitificação de mitos, tabus e crenças e para fortalecimento de conhecimentos sobre a atividade sexual durante a gravidez (Öcalan et al., 2024). O período gravídico constitui-se essencial para abordar questões relacionadas com a sexualidade, expor medos e receios, procurar informação fidedigna junto de profissionais de saúde especializados e esclarecer dúvidas (Huang et al., 2024).

O nível de literacia das mulheres influencia o seu conhecimento relativamente à união da gravidez e sexualidade, o que realça a importância para o acompanhamento da gravidez no que diz respeito a consulta de vigilância pré-natal e PPPP, sendo ambos fundamentais para o esclarecimento e acompanhamento saudável (Szymaska, 2024).

Os cuidados especializados e personalizados na área da sexualidade fazem parte das competências do EEESMO, sendo que o aconselhamento, o esclarecimento e a educação durante a gravidez podem potenciar a vivência da sexualidade da mulher, quando não existem situações adversas que comprometem o bem-estar materno e fetal (Xie et al., 2024).

Após realizar a extração e análise dos dados da literatura selecionada, foi possível identificar um conjunto de intervenções do EEESMO no âmbito da vivência da sexualidade, expondo-se de seguida na tabela 1.

Tabela 1. *Intervenções do EEESMO*

Intervenções do EEESMO	Autor
Adotar uma atitude positiva que inclua a escuta ativa, a comunicação e a discussão.	(Szymaska, 2024)
Esclarecer as mulheres sobre as alterações físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da gravidez.	(Öcalan et al., 2024)
Auxiliar no desenvolvimento de estratégias para os casais lidarem com as dificuldades decorrentes da gravidez e manterem uma relação saudável.	(Unal & Yagmur, 2024)
Desmistificar mitos, tabus, crenças e opiniões sobre a sexualidade existentes na sociedade, com base científica.	(Öcalan et al., 2024) (Moradi et al., 2023)
Esclarecer dúvidas sobre a vivência da sexualidade na gravidez.	(Moradi et al., 2023)
Incentivar ao diálogo entre casais sobre a sexualidade e a procura de informações junto de profissionais de saúde qualificados.	(Moradi et al., 2023)
Aconselhar sobre a adoção de alternativas na relação sexual, como a mudança de posições sexuais.	(Öcalan et al., 2024)
Promover a discussão sobre as necessidades sexuais e a educação sexual.	(Szymaska, 2024) (Xie et al., 2024)
Empoderar as mulheres no relacionamento sexual e no domínio da tomada de decisão.	(Aksoy, 2023)
Orientar as mulheres/casais sobre questões sexuais.	(Xie et al., 2024)

Fonte: Elaborado pela Própria

3.2. DESENHO DO ESTUDO

O estudo desenvolvido no âmbito do presente relatório recorreu a um método quantitativo com desenho transversal do tipo descritivo, com recurso à técnica de inquérito por questionário, não experimental. Este estudo surge como um acréscimo à SR previamente executada, tendo como objetivo geral aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade da mulher durante a gravidez, e como objetivos específicos, caracterizar a população alvo; identificar as alterações manifestadas ao nível da vivência da sexualidade após engravidar; identificar as diferenças relativas à vivência da sexualidade nos três trimestres da gravidez; analisar os fatores que condicionam a vivência plena da sexualidade durante a gravidez.

O método quantitativo consiste numa abordagem de pesquisa cujo foco assenta na colheita e análise de dados observáveis e mesuráveis, cujos resultados podem ser generalizados a uma população maior. Este implica a observação, através de perguntas diretas ou indiretas, a fim de obter respostas suscetíveis de serem submetidas a análise quantitativa (Creswell & Creswell, 2018). Pensou-se num estudo transversal por ser um tipo de pesquisa em que a colheita de dados é realizada em uma única ocasião,

permitindo uma visão imediata sobre os comportamentos ou características, acarretando informações direitas e claras (Fortin, 2009).

Ainda com o intuito de corresponder aos objetivos delineados, procurou-se realizar um estudo descritivo, uma vez que existiu interesse em descrever e analisar diferentes variáveis. Complementando, o estudo considerou-se não experimental uma vez que o investigador não manipula, nem controla os fatores que influenciam a temática em estudo (Fortin, 2009).

Enquanto a SR evidenciou intervenções a nível internacional, nomeadamente na China, Irão, Polónia, Taiwan e Turquia, o presente estudo procurou averiguar no contexto prático, se os resultados alcançados são semelhantes, considerando realidades culturais e organizacionais diferentes. A realização deste projeto revelou-se fundamental na consolidação das competências metodológicas desenvolvidas ao longo do mestrado em curso, constituindo-se como uma etapa fulcral na formação científica e académica, centrada na aquisição e aplicação rigorosa de métodos de pesquisa. Sendo possível consultar o protocolo do projeto de trabalho de campo em apêndice (apêndice VII).

População e amostra

Para a realização do estudo a população alvo pretendida são as mulheres grávidas pertencentes à ULS onde foi realizado o estágio da mestranda. A seleção da amostra do presente estudo presume a adoção da técnica de amostragem não probabilística, mais concretamente a técnica de amostragem local. A escolha deveu-se ao facto de os dados obtidos não poderem ser generalizados para além da especificidade do grupo de participantes, adicionando também o fácil acesso a grávidas em contexto específico, nomeadamente na consulta de enfermagem de vigilância pré-natal (Fortin, 2009).

O meio de seleção da amostra escolhido deve obedecer a um conjunto de critérios de inclusão, nomeadamente ter idade igual ou superior a 18 anos; estar grávida; frequentar as consultas de vigilância pré-natal na ULS; desenvolver uma gravidez sem complicações maternas e fetais associadas; apresentar disponibilidade para participar de forma voluntária no projeto; deter capacidade para ler e escrever em língua portuguesa (uma vez que se trata de um questionário de autopreenchimento que exige que a mulher leia, compreenda e responda adequadamente, com o intuito de evitar interpretações inapropriadas e consequentemente falsas respostas). O intuito seria obter pelo menos a participação de 50 participantes, de forma a garantir a sustentabilidade e fidedignidade do trabalho de campo pretendido. No final foi possível totalizar a participação de cerca de 54 grávidas.

Contexto

O estudo foi aplicado às grávidas em contexto de consulta de enfermagem de vigilância pré-natal na ULS mencionada anteriormente, constituindo-se como um espaço com condições favoráveis para a colheita de dados no ambiente real. O serviço onde se aplicou o estudo faz parte de uma instituição de referência na área clínica. Os dados foram recolhidos presencialmente, tendo sido escolhido o final da consulta para a entrega da documentação necessária à participante, nomeadamente um impresso de informação à participante, um consentimento informado e um questionário, com o intuito de evitar a interrupção do fluxo natural da consulta e desviar do motivo principal do contacto. Previamente à entrega da informação referida, a mestranda procurou informar sobre os objetivos e pertinência do estudo para que a mulher decidisse a sua participação de forma livre, voluntária, esclarecida e informada. Assegurando sempre a confidencialidade e privacidade da mulher durante a leitura e preenchimento dos documentos entregues, não excedendo a hora prevista de cerca de 10 a 15 minutos.

Instrumento de Colheita de Dados

No presente estudo aplicou-se um inquérito por questionário, intitulado de “Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG)” desenvolvido por Savall e Cardoso em 2008 e posteriormente em 2009 reduzido por Cardoso e Sacomori, que pode ser consultado em anexo (anexo VI) (LAGESC, 2016). O questionário é constituído por 29 questões relacionadas com a vivência da sexualidade na gravidez, sendo dividido por quatro partes, primeiramente integra cerca de quatro questões que permitem a caracterização sociodemográfica da amostra, seguida de dez questões relativas ao comportamento sexual, nove questões sobre a função sexual e por fim, seis questões relacionadas com aspetos simbólicos da sexualidade. Constitui-se como um instrumento validado para o contexto português, garantindo a adequação cultural e linguística às grávidas em Portugal.

Optou-se por um inquérito por questionário por se constituir como uma técnica que possibilita a recolha e organização de dados referentes a factos, ideias, sentimentos, pensamentos, atitudes e preferências das mulheres. Para além de ser uma ferramenta simples de aplicar, que pode ser realizada em qualquer lugar tranquilo, e que permite prever hipóteses de respostas, assim como, proceder à comparação dos dados de diferentes indivíduos (Fortin, 2009).

O questionário selecionado considerou-se de fácil e de rápido preenchimento, com linguagem acessível às participantes selecionadas. A colheita de dados foi realizada

durante o estágio da mestranda em contexto da consulta de enfermagem de vigilância pré-natal, no período correspondente de 31 de março de 2025 e 30 de maio de 2025.

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados colhidos, através do questionário, foram processados por meio de estatística descritiva quantitativa, que envolveu medidas como frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão. A escolha desta técnica fundamentou-se na sua capacidade de sintetizar e apresentar dados de forma clara e informativa, facilitando a interpretação inicial e servindo de base para análises mais aprofundadas.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0, para *Windows*. Este é globalmente reconhecido por apresentar um conjunto robusto e validado de procedimentos estatísticos, amplamente aceites pela comunidade científica, o que favorece a sua legitimidade na área da investigação (Pallant, 2020). Este programa possibilitou a organização, exploração e descrição dos dados obtidos, assegurando o rigor fulcral no tratamento das variáveis relacionadas com a sexualidade.

No sentido de facilitar a análise e o tratamento dos dados obtidos através dos questionários realizados, as respostas foram simplificadas e unidas em categorias, garantindo que fosse possível formular conclusões fidedignas.

Resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

No presente estudo participaram cerca de 54 grávidas, com idades compreendidas entre os 18 e 45 anos, apresentando uma média etária 31,69 anos e desvio padrão amostral de 9,34. A maioria das inquiridas vive em união estável com o companheiro (53,7%). Relativamente ao nível de escolaridade, de uma forma geral frequentaram o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos) (33,3%) ou concluíram uma licenciatura (33,3%).

Relativamente ao planeamento da gravidez, cerca de 72,3% das mulheres referiram que estavam prontas para engravidar, enquanto as restantes não queriam engravidar (12,9%) ou queriam engravidar, mas não agora (12,9%). É possível consultar as tabelas com os dados analisados no que concerne a caracterização sociodemográfica da amostra em apêndice (apêndice VIII).

É fundamental ainda referir que, as participantes encontravam-se em diferentes trimestres da gravidez, pelo que, quando se aborda o segundo e terceiro trimestre a totalidade de respostas é inferior às restantes. Sendo a avaliação dos resultados

realizada de acordo o trimestre, em que ao segundo trimestre responderam cerca de 42 mulheres e ao terceiro trimestre cerca de 27 mulheres.

Análise estatística descritiva

Como mencionado anteriormente, o QSG divide-se em diversas componentes, após análise sociodemográfica, seguimos com o tratamento dos dados relativos ao comportamento sexual. Relativamente ao tempo de relacionamento, é de destacar que a maioria das participantes apresentava um relacionamento estável com durabilidade superior a três anos.

Quando questionadas se falaram com um ginecologista/obstetra sobre a sexualidade antes da gestação ou em qualquer um dos trimestres, em todas as variáveis a resposta mais frequente foi “Não”. Tal pode ser comprovado na tabela seguinte (tabela 2).

Tabela 2. *Diálogo com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Não	53,7 %	68,5 %	85,7 %	70,4 %
Sim, superficialmente	29,6 %	22,2 %	11,9 %	25,9 %
Sim, detalhadamente	16,7 %	9,3 %	2,4 %	3,7 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Relativamente à pergunta que menciona quem tomava a iniciativa para ter relações sexuais, evidencia-se que antes da gestação e no primeiro trimestre, a iniciativa na maioria era tomada pelos dois na mesma proporção (cerca de 64,8% em ambas as variáveis). Já no segundo e terceiro trimestre é de salientar um aumento na tomada de iniciativa por parte do companheiro, em comparação com a da mulher.

Relativamente à frequência de relações sexuais antes da gravidez e ao longo dos três trimestres, a resposta mais prevalente em qualquer uma das variáveis correspondeu à opção “Entre uma a oito vezes por mês”. No entanto, é fulcral destacar que à medida que a gravidez avança, a sua regularidade tendeu a diminuir, o que pode ser validado na tabela seguinte (tabela 3).

Tabela 3. *Frequência de relações sexuais antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca	0 %	14,8 %	7,1 %	14,8%
Entre 1 – 8 vezes por mês	48,2 %	61,1 %	78,6 %	70,4 %
Entre 8 – 20 vezes por mês	35,2 %	18,5 %	9,5%	11,1 %
Todos os dias	12,9 %	3,7 %	4,8 %	3,7 %
Mais que uma vez por dia	3,7 %	1,9 %	0 %	0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

No que concerne, às práticas sexuais existentes (masturbação, sexo oral, sexo vaginal e sexo anal), o sexo vaginal mantém-se como o mais comum em qualquer uma das variáveis. Observa-se também um aumento significativo da frequência de masturbação à medida que se progride para o terceiro trimestre.

As posições sexuais existentes são inúmeras, no QSG apresentam-se algumas das mais comuns. Para facilitar a análise das posições, estas dividiram-se em duas categorias: posições com “interferência da barriga” e posições sem “interferência da barriga. Antes da gestação, no primeiro e segundo trimestre a frequência entre as duas categorias apresentadas foi muito semelhante. Contrariando, no terceiro trimestre foi notório o decréscimo na utilização das posições com “interferência da barriga” comparativamente com as sem “interferência da barriga”. Como pode ser verificado na tabela seguinte (tabela 4). É possível ainda, consultar as tabelas com os dados analisados no que concerne o comportamento sexual em apêndice (apêndice IX).

Tabela 4. *Posições sexuais antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Posições com “interferência da barriga”	51,6 %	49,2 %	46,2 %	25,0 %
Posições sem “interferência da barriga”	48,4 %	50,8 %	53,8 %	75,0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

De seguida, procedemos ao tratamento dos resultados obtidos referentes à componente resposta sexual/função sexual. O desejo sexual, a excitação sexual, a lubrificação vaginal e a satisfação sexual foram avaliados numa escala de zero a dez.

Em relação ao desejo sexual, à excitação sexual e à lubrificação vaginal, observa-se uma diminuição ao longo da gravidez, no entanto destaca-se uma discreta melhoria entre o primeiro e segundo trimestre, voltando a reduzir novamente na última etapa. Por outro lado, a satisfação sexual tendeu sempre a reduzir, sem qualquer melhoria ao longo do período gravídico. Tal pode ser comprovado nas tabelas seguintes (tabela 5,6,7 e 8).

Tabela 5. Desejo sexual antes e durante a gravidez

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0 – 3	5,6 %	33,3 %	21,4 %	37,0 %
4 – 7	35,2 %	37,0 %	47,6 %	37,0 %
8 – 10	59,2 %	29,7 %	31,0 %	26,0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Tabela 6. Excitação sexual antes e durante a gravidez

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0 – 3	5,6 %	31,5 %	21,4 %	37,0 %
4 – 7	31,5 %	31,5 %	45,3 %	29,7 %
8 – 10	62,9 %	37,0 %	33,3 %	33,3 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Tabela 7. Lubrificação vaginal antes e durante a gravidez

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0 – 3	5,6 %	22,2 %	21,4 %	18,5 %
4 – 7	40,7 %	31,5 %	40,5 %	37,1 %
8 – 10	53,7 %	46,3 %	38,1 %	44,4 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Tabela 8. Satisfação sexual antes e durante a gravidez

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0 – 3	3,7 %	14,8 %	7,1 %	55,6 %
4 – 7	14,8 %	24,1 %	26,2 %	18,5 %
8 – 10	81,5 %	61,1 %	66,7 %	25,9 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Aproximadamente 90% das participantes indicaram ter experienciado orgasmo ao longo da vida. Em comparação entre o período que antecedeu a gravidez e durante a mesma, salienta-se um declínio na frequência do orgasmo com maior destaque no segundo trimestre. Em consonância com os dados anteriormente apresentados, verificou-se também uma diminuição progressiva da intensidade do orgasmo ao longo da gravidez.

Relativamente à sensação de dor ou desconforto durante a relação sexual, na maioria e em qualquer uma das variáveis, as participantes responderam “Nunca ou Depende da posição”. Contudo, com o avanço da gravidez observa-se um ligeiro aumento da resposta “somente na penetração”, sugerindo que, à medida que se aproxima o parto, a sensação de dor ou desconforto durante a relação sexual, especialmente na penetração, tende a intensificar-se. O que pode ser constatado na tabela seguinte (tabela 9). É possível consultar as tabelas com os dados analisados no que concerne à resposta sexual/função sexual em apêndice (apêndice X).

Tabela 9. Sensação de dor/desconforto antes e durante a gravidez

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca – depende da posição	85,1 %	75,9 %	88,0 %	85,2 %
Somente na penetração	11,1 %	20,3 %	9,6 %	11,1 %
Sempre	1,9 %	1,9 %	2,4 %	3,7 %
Ausência de resposta	1,9 %	1,9 %	0 %	0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Por fim, procedemos à análise dos resultados relativos aos aspetos simbólicos relacionados com sexualidade. Primeiramente, as participantes foram questionadas sobre o apreço em relação à atividade sexual antes da gestação, em que 87% referiu

gostar de ter relações sexuais. No entanto, à medida que a gravidez progredia esse gosto foi diminuindo, tal é comprovado na tabela seguinte (tabela 10).

Tabela 10. *Gosto na atividade sexual antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Não tive atividade sexual	0 %	9,3 %	4,8 %	7,4 %
Não gosto	0 %	9,3 %	21,4 %	11,1 %
Gosto	87,0 %	68,5 %	73,8 %	81,5 %
Ausência de resposta	13,0 %	12,9 %	0 %	0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Relativamente à disposição da mulher para se relacionar sexualmente, a frequência antes da gravidez era regular, em “Entre uma a oito vezes por mês”, que se manteve de forma geral ao longo de toda a gravidez nessa mesma categoria. Mas de realçar, um aumento da resposta “Nunca” no primeiro trimestre, o que significa que neste período a disposição era menor. Por outro lado, a mesma questão foi realizada, mas considerando a disposição do parceiro, em que antes da gestação a frequência de relações sexuais rondaria “Entre oito e vinte vezes por mês”. Com a evolução da gravidez, a percentagem superior manteve-se nessa mesma categoria, no entanto é essencial evidenciar que a resposta “Nunca” foi aumentando ao longo do tempo. Dados que podem consultados nas tabelas seguintes, respetivamente (tabela 11 e 12).

Tabela 11. *Frequência das relações sexuais dependendo da disposição da mulher, antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca	0 %	11,1 %	4,8 %	3,7 %
Entre 1 – 8 vezes por mês	46,3 %	44,4 %	59,5 %	77,8 %
Entre 8 – 20 vezes por mês	35,2 %	29,7 %	26,2 %	11,1 %
Todos os dias	14,8 %	14,8 %	9,5 %	7,4 %
Mais que uma vez por dia	3,7 %	0 %	0 %	0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Tabela 12. *Frequência das relações sexuais dependendo da disposição do parceiro, antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Nunca	1,9 %	7,4 %	7,2 %	7,4 %
Entre 1 – 8 vezes por mês	7,4 %	20,3 %	19,0 %	29,6 %
Entre 8 – 20 vezes por mês	37,0 %	31,5 %	35,7 %	26,0 %
Todos os dias	33,3 %	27,8 %	30,9 %	33,3 %
Mais que uma vez por dia	20,4 %	13 %	7,2 %	3,7 %

Fonte: Elaborado pela Própria

Quanto à prática sexual que proporcionava mais prazer, a resposta mais frequente antes da gravidez, no primeiro e segundo trimestre foi o sexo vaginal. Apesar de, a masturbação manter uma percentagem significativa e até um aumento no último trimestre da gravidez, contrariando o ligeiro decréscimo do sexo vaginal. Tal pode ser consultado na tabela seguinte (tabela 13).

Tabela 13. *Práticas sexuais que proporcionavam prazer, antes e durante a gravidez*

	Antes da gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação	31,2 %	22,2 %	28,9 %	31,8 %
Sexo Oral	21,9 %	25,0 %	22,9 %	27,3 %
Sexo Vaginal	41,7 %	48,6 %	45,8 %	37,9 %
Sexo Anal	5,2 %	4,2 %	2,4 %	3,0 %

Fonte: Elaborado pela Própria

De uma forma geral, no que concerne à consideração que a mulher tem da sua vida sexual, a sua maioria referiu ser entre regular a boa. Mas de realçar, que as respostas que inicialmente eram “excelentes” foram reduzindo com a progressão da gestação. A última questão desta componente e do QSG, abordava a importância do sexo na vida da mulher, sendo avaliada numa escala de zero a dez. Tendencialmente, ao longo da gravidez as participantes referiram uma diminuição da importância que o sexo tem na sua vida. É possível consultar as tabelas com os dados analisados no que concerne aos aspetos simbólicos relacionados com a sexualidade em apêndice (apêndice XI).

Apesar de o QSG envolver questões relacionadas com diversas áreas dentro da sexualidade, nem todas são relevantes para o presente estudo. Pelo que apesar de terem sido analisadas e se encontrarem nos apêndices referidos anteriormente, não foram incluídas nos resultados. Sendo elas: “Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual?”; “Com que idade você teve a primeira relação sexual?”; “Antes da relação vocês realizavam atividades sexuais preliminares (beijo, abraço, massajar, toques íntimos, lambe o corpo)?”; “Quanto você fez sexo com um estranho ou com uma pessoa pouco conhecida?”; “Com que idade teve o seu primeiro orgasmo (por meio de masturbação ou parceiro)?”.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

De uma forma geral, o presente trabalho teve como principal objetivo compreender como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez e qual a intervenção do EEESMO relativamente a essa temática. A conjugação de uma SR com um trabalho de campo permite mapear o estado da arte, identificar lacunas na literatura e fundamentar de forma teórica e metodológica o estudo, reforçando o rigor científico e a relevância dos resultados obtidos. Enquanto a SR oferece uma visão abrangente e teórica, o trabalho de campo permite aprofundar uma temática num contexto específico, promovendo a integração entre o conhecimento teórico existente e os dados obtidos.

A análise e comparação dos resultados quer da SR, quer do trabalho de campo reforçam a importância de promover a vivência da sexualidade na gravidez de forma saudável, destacando a relevância que a prática clínica e o acompanhamento pelo EEESMO apresenta em todo o processo.

A SR desenvolvida permitiu reconhecer várias conclusões relevantes, nomeadamente que a sexualidade se integra como um elemento fundamental na vida do ser humano e como um direito de todos os casais (Aksoy, 2023; Dulger et al., 2024). Durante a gravidez, esta é drasticamente influenciada pelas alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais. A maioria dos problemas que interferem com a vivência plena da sexualidade na gravidez ocorrem devido à falta de conhecimento, mitos, tabus e crenças erradas relativamente à segurança em ter relações sexuais (Öcalan et al., 2024).

A educação pré-natal encontra-se inserida na educação para a saúde, sendo considerada como componente integrante da prevenção primária. De acordo com a DGS (2015), a educação pré-natal deve ser realizada ao longo de toda a gravidez e incidir em temáticas que influenciam diretamente a mulher e o casal. Desta forma, os enfermeiros, especificamente os EEESMO, surgem como os profissionais de saúde qualificados que têm o dever de realizar educação pré-natal, promovendo a melhoria dos conhecimentos das mulheres na área da gravidez, do parto e do pós-parto.

A gravidez constitui-se como um período fundamental para abordar a sexualidade, desmitificar mitos e opiniões, esclarecer dúvidas, incentivar ao diálogo e à procura de informação fidedigna (Huanga et al., 2024; Moradi et al., 2023). Vários autores reforçam a ideologia que cabe aos profissionais de saúde esclarecer as alterações que ocorrem durante a gravidez e contribuir com informação e estratégias (como por exemplo, adoção de diferentes posições sexuais) que favoreçam a manutenção da função sexual durante os três trimestres da gravidez e a sua continuidade no período pós-parto. Além

de auxiliar também, na redução dos níveis de ansiedade e *stress* relativos à atividade sexual (Öcalan et al., 2024).

O trabalho de campo deste estudo centrou a sua atenção na compreensão da vivência da sexualidade ao longo da gravidez num grupo específico de um determinado contexto, com um intuito comparativo final em relação à pesquisa na literatura. No que concerne à procura de informação sobre a sexualidade, conclui-se que as mulheres independentemente de estarem grávidas ou a experienciar qualquer um dos trimestres da gravidez, na sua maioria não conversam com os profissionais de saúde sobre essa temática.

O que corrobora o mencionado anteriormente no que concerne à pesquisa desenvolvida no âmbito da SR, em que a procura de informações sobre saúde sexual junto dos profissionais de saúde qualificados é inferior ao expetável, sendo a auto procura o método mais comum, mas com qualidade e precisão questionáveis (Huang et al., 2024). A falta de informação reflete a diminuição da atividade sexual nos casais que se preparam para ser pais, pelo que a promoção de atividades sexuais seguras se revela como um elemento fundamental desde o início da gravidez.

Segundo Szymaska (2024), as mulheres/casais esperam e pretendem que a temática da sexualidade seja abordada nas consultas de vigilância pré-natal. Pelo que, os profissionais de saúde devem adotar uma atitude positiva, que inclua a escuta ativa, a comunicação e discussão de necessidades sexuais e educação sexual. Referindo que, um nível de educação elevado está associado a uma maior frequência de atividade sexual, face ao conhecimento e juízo crítico desenvolvido. Altinayak & Abukan (2023), evidenciam ainda, a educação como um fator que influencia positivamente a mulher, pois quanto mais elevado for o nível de educação menor é o julgamento e maior a autoestima.

Unal & Yagmur (2024), referem-se à atividade sexual como uma forma de comunicação entre os parceiros e que não deve ser evitada durante a gravidez, com o intuito de contribuir para uma melhor adaptação à gravidez, intimidade do casal e autoestima da mulher. Adicionalmente, vários autores reforçam ainda que a sexualidade pré-gestacional satisfatória desempenha um papel fundamental na sua manutenção durante a gravidez e no pós-parto. No âmbito do QSG, ao analisar-se a variável relativa à iniciativa para desenvolver relações sexuais, verificou-se que no período pré-gestacional e durante o primeiro trimestre, a iniciativa era assumida maioritariamente por ambos os parceiros em proporções semelhantes. Contudo, com a progressão da gravidez observou-se uma tendência para que a iniciativa passasse a ser predominantemente assumida pelo parceiro.

Mas não exclusivamente, favorecendo o ideal destacado por Öcalan et al. (2024), em que uma mulher com uma imagem corporal positiva durante a gravidez apresenta uma atitude menos ansiosa relativamente à relação sexual, desenvolvendo crenças e valores positivos, nomeadamente no que diz respeito à tomada de iniciativa da atividade sexual com mais frequência. Esta situação encontra-se também relacionada com o gosto e a disposição para se relacionar sexualmente, em que de acordo com o estudo desenvolvido, no que concerne à mulher a tendência foi para diminuir com o avanço da gravidez. Tendo o mesmo acontecido com o parceiro, evidenciando-se uma discreta diminuição na disposição para se relacionar sexualmente.

De acordo com a pesquisa efetuada na literatura existente, a vida e o funcionamento sexual das mulheres sofre alterações, pelo que o primeiro trimestre é o período que sofre mais oscilações face à diversidade de sintomas, sendo a tendência para reduzir a frequência de relações sexuais. Por outro lado, no segundo trimestre, estas tornam-se mais regulares e satisfatórias pela diminuição dos sintomas. E por fim, no terceiro trimestre verifica-se novamente um declínio de relações sexuais (Szymaska, 2024). Comprovando o resultado obtido no estudo elaborado, que concluiu que à medida que os trimestres avançam, a regularidade de relações sexuais diminui.

Outra relação que pode ser retirada do estudo elaborado e justificada pela SR, refere-se às práticas sexuais existentes questionadas (masturbação, sexo oral, sexo vaginal e sexo anal), em que apesar de o sexo vaginal manter-se como o mais comum em qualquer momento antes e durante a gravidez, a masturbação apresentou um aumento significativo principalmente no terceiro trimestre, contrariando o ligeiro decréscimo da via vaginal. Esta situação ocorre decorrente da dispareunia e da ansiedade relativas à penetração (Szymaska, 2024). Corroborando o referido, no estudo observou-se um aumento da sensação de dor e desconforto durante a relação sexual à medida que se aproxima o parto.

As posições sexuais são variadas, para efeitos de análise foram agrupadas em duas categorias posições com “interferência da barriga” e posições sem “interferência da barriga”. Ao longo do período pré-gestacional e dos dois primeiros trimestres a frequência de utilização das duas categorias apresentou valores semelhantes. Em contraste, no terceiro trimestre observou-se um decréscimo significativo na utilização das posições com “interferência da barriga”, o que fundamenta a preocupação existente relativa ao aumento drástico do volume abdominal nesta última etapa da gravidez. Realçando, a importância do aconselhamento de diferentes posições ao longo da gravidez com o intuito de manutenção de relações sexuais até ao parto (Öcalan et al., 2024).

Considerando os resultados obtidos através do QSG, o desejo sexual, a excitação sexual, a lubrificação vaginal diminuem ao longo da gravidez, apesar de se destacar uma discreta melhoria no primeiro e segundo trimestres. No que concerne à satisfação sexual, teve tendência sempre para reduzir ao longo do período gravídico. Moradi et al. (2023) acompanham esta análise, reforçando que a gravidez pode ter diferentes efeitos no comportamento sexual das mulheres, tanto pode causar desejo, devido à congestão venosa e à falta de medo, como pode diminuir o interesse decorrente dos níveis hormonais, da sensação de já não se sentirem atraentes e do desconforto físico.

Xie et al. (2024) fortalece ainda que, os EEESMO constituem o principal aliado das mulheres no que diz respeito à orientação sobre questões sexuais à medida que os padrões de vida crescem. A temática da sexualidade tem sido cada vez mais atual e normalizada, o que faz com que a educação sexual e o treino sistemático aumentem significativamente a autoeficácia, coragem e confiança por parte dos profissionais de saúde diminuindo os sentimentos de impotência e insegurança.

Os EEESMO são os principais responsáveis pela realização de educação para a saúde durante as consultas de vigilância pré-natal, pelo que devem encaminhar as mulheres de acordo com os conhecimentos, experiência profissional e recomendações médicas. O RCEEEESMO reforça o papel deste profissional na educação, orientação e aconselhamento da mulher e da sua família no período pré-natal. Sendo a educação parte integrante da abordagem holística e especializada do cuidado, contribuindo para a promoção do bem-estar materno-fetal, para a identificação precoce de riscos e para a capacitação da mulher para decisões informadas ao longo da gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Conclui-se com o estudo desenvolvido que a interferência na vivência plena da sexualidade prende-se essencialmente na desinformação manifestada pela mulher e pela família. Pelo que cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMO, assumir o papel preponderante na implementação de intervenções baseadas na evidência, promovendo a saúde sexual e melhorando a vivência da sexualidade ao longo de todo o período pré-natal.

Não obstante à veracidade e relevância dos resultados obtidos e conhecimento científico adjacente, assumem-se como limitações metodológicas deste estudo o limite temporal e o contexto único do mesmo, bem como, a utilização de questionário de autopreenchimento sobre sexualidade que pode ter induzido viés de desejabilidade social, levando as participantes a fornecerem respostas socialmente aceites em detrimento da realidade vivenciada. Apesar do anonimato garantido, o carácter íntimo e sensível da temática pode ter constrangido algumas mulheres, resultando em subnotificação de comportamentos ou dificuldades sexuais.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O relatório de estágio e o trabalho de campo executados no âmbito do CMESMO foram desenvolvidos considerando o rigor ético e legal preconizado e em conformidade com os princípios deontológicos e normativos aplicáveis à prática de enfermagem. Foram respeitados tanto o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, como o Código Deontológico dos Enfermeiros, que correspondem a entidades que direcionam a intervenção ética dos profissionais de saúde de enfermagem, nomeadamente no que concerne à proteção dos direitos e da dignidade dos indivíduos. Para além disso, referem ainda que os princípios éticos e deontológicos devem ser respeitados, não só na prática profissional, mas também na componente de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Visto que se trata de um estudo realizado no âmbito do trabalho de campo, que envolve seres humanos, inevitavelmente, geram-se preocupações éticas. Desta forma, foram adotadas estratégias específicas para assegurar o cumprimento e respeito pelas normas éticas e legais. O projeto de trabalho de campo foi desenvolvido em contexto de estágio, contudo, previamente, foi necessário solicitar o parecer por parte da Comissão de Ética da ULS, sendo apresentada toda a documentação solicitada para obtenção da autorização formal para o desenvolvimento do trabalho de campo, parecer este que se encontra em anexo (anexo VII).

De acordo com o mencionado no capítulo anterior, o instrumento de colheita de dados foi um questionário, pelo que, previamente ao seu preenchimento, as participantes foram devidamente informadas e esclarecidas quanto às características do estudo, assegurando a transparência e respeito pelos seus direitos. Seguidamente foi entregue um consentimento informado impresso, que se encontra em apêndice (Apêndice XII) contendo informações relativas ao propósito do estudo e às garantias da confidencialidade e anonimato, em consonância com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (Diário da República, 2019). O consentimento informado confere a participação arbitrária, informada e esclarecida dos participantes e a garantia da proteção dos seus direitos no que diz respeito à pessoa, privacidade, intimidade, justiça, equidade e autodeterminação. Previamente à realização do questionário, foi requerida e alcançada a autorização às participantes para a sua futura utilização, garantindo a conformidade ética e legal no uso de ferramentas de análise e tratamento de dados. Ainda no que concerne o questionário, visto tratar-se de um instrumento elaborado por outros autores, foi necessário solicitar a autorização para que este pudesse ser aplicado legitimamente, respeitando os direitos de propriedade intelectual, que se encontram em anexo (anexo VIII). Embora o questionário selecionado não esteja

validado para Portugal, considerou-se um instrumento com fortes propriedades psicométricas, com validade de conteúdo e de constructo, com confiabilidade e consistência interna. A sua aplicação consistiu também num teste piloto que não requereu adaptação cultural ou linguística.

Durante o preenchimento dos questionários foram garantidos a privacidade, o anonimato e a confidencialidade, sendo de seguida arquivado este documento num local seguro e privado, ao qual apenas a mestrandia tinha acesso durante a análise e tratamento de dados. No final da realização, entrega e apresentação do presente relatório de estágio todos os dados recolhidos serão destruídos.

É de realçar ainda que, durante a execução do presente relatório foram respeitadas as boas práticas de investigação científica, acompanhando os princípios éticos para a elaboração de trabalhos académicos, considerando a citação rigorosa de fontes e a integridade no trabalho e apresentação de resultados. Tudo o que foi mencionado destaca o compromisso com uma prática de enfermagem assente em evidências científicas e rigorosas do ponto de vista ético, direcionada para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos.

6. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio reflete o percurso formativo desenvolvido no âmbito do CMESMO, integrando aprendizagens de carácter teórico, prático e investigativo adquiridas ao longo do processo. Considerada uma jornada transformadora e intensa, marcada por superações diárias, que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional da mestranda, reforçando o compromisso com um cuidar pautado pela humanidade e excelência. Este documento retrata os momentos determinantes de todo o percurso, evidenciando as oportunidades de aprendizagem existentes e o desenvolvimento de CE. Adicionalmente, assinala o término de uma etapa fulcral da especialidade, cuja discussão pública marcará o início de um novo ciclo como EEESMO. No decurso do estágio, foram abordados diversos contextos da prática clínica do EEESMO, com o particular enfoque na promoção da vivência da sexualidade de forma plena e saudável durante a gravidez.

A execução do estágio conjuntamente com o desenvolvimento do processo investigativo e a realização do presente relatório, influenciaram positivamente no aprofundamento do conhecimento teórico e no desenvolvimento de CE essenciais à prática como futura EEESMO. A mestranda considera que ao longo do estágio conseguiu alcançar e consolidar as CE que lhes são inerentes, incluindo a execução de intervenções atualizadas baseadas na evidência e a implementação de cuidados especializados que incorporam elementos técnicos, educativos e emocionais. Este percurso foi marcado pela diversidade de experiências e oportunidades, proporcionando uma compreensão criteriosa dos desafios e responsabilidades inerentes à especialidade. Além de, permitir explorar competências investigativas, reflexivas e relacionais favorecendo a prática holística direcionada à mulher e à sua família, em consonância com os princípios de ESMO.

Inicialmente, procedeu-se à realização de uma SR que permitiu mapear as intervenções baseadas na evidência para a promoção da sexualidade durante a gravidez, identificando a educação para a saúde como o pilar essencial para atingir os objetivos delineados. Esta constatação reforça a importância do papel do EEESMO na implementação de intervenções de enfermagem autónomas que contribuam para o bem-estar a nível físico, psicológico e social durante o período gestacional, evidenciando a relevância da prática baseada na evidência.

Complementando a pesquisa efetuada, foi desenvolvido um trabalho de campo em contexto específico e a nível nacional, com o intuito de determinar o modo como as mulheres grávidas vivenciavam a sexualidade nessa fase do ciclo de vida. Os resultados obtidos demonstraram uma diminuição da atividade sexual ao longo da gravidez, que

pode ser justificada pela desinformação relacionada à temática. Corroborando as conclusões retiradas da SR e realçando mais uma vez a importância da abordagem prática do EEESMO. Apesar das limitações associadas ao estudo, tamanho reduzido da amostra e contexto específico, os dados extraídos favorecem a compreensão do impacto de intervenções específicas no bem-estar e na satisfação das necessidades básicas das mulheres grávidas.

Este estudo constituiu-se como um contributo significativo, não só para a prática clínica como para a ciência, ao realçar a importância da saúde sexual como parte integrante no bem-estar da mulher. Os resultados acompanham a necessidade de integrar a temática da sexualidade nas consultas de vigilância pré-natal, promovendo o diálogo e apoio em questões normalmente desvalorizadas. Em termos práticos, o estudo encoraja os profissionais de saúde a desenvolverem uma atuação mais empática e informada, que possa desmistificar crenças erradas e fortalecer o apoio à mulher/casal.

A estrutura do relatório apresentado reflete a integração do conhecimento científico com a prática, alinhando-se com o objetivo de fundamentar as decisões adotadas e os cuidados prestados de forma consciente e empática, considerando as necessidades de cada mulher. A finalidade será sempre que os casais se sintam confortáveis durante os períodos de transição, nomeadamente na gravidez. Sendo fulcral compreender as dúvidas, medos e receios associados à sexualidade e consequentemente corrigir informações duvidosas e consolidar conhecimento claro e adequado.

Os princípios éticos e deontológicos foram rigorosamente cumpridos ao longo da elaboração quer do relatório, quer do trabalho de campo, garantindo a proteção da confidencialidade e dos direitos das participantes. O compromisso ético traduz a responsabilidade e o profissionalismo associados à prática de enfermagem especializada. Além dos resultados obtidos, e face à necessidade de ampliar o conhecimento científico numa temática essencial, mas subestimada, sugere-se o aprofundamento de futuras investigações que explorem o impacto de intervenções educativas na vivência da sexualidade nas diversas fases do ciclo feminino, com incidência no período pré-natal, valorizando a prática do EEESMO.

Mais que uma realização académica, a concretização da presente tese simboliza um compromisso profundo com o cuidado e com a promoção do bem-estar da mulher. Destacando-se a importância de manter o investimento contínuo na formação dos EEESMO, tal como a elaboração de ferramentas clínicas baseadas na evidência, que incluam as tecnologias digitais. Tal etapa revela-se imprescindível para a evolução da prática aliada aos avanços científicos, assegurando a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e excelência no período perinatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aksoy, Y. E., Akin, B., & Yilmaz, S. (2023). Factores affecting the levels of distress during pregnancy, sexual relationship power and intimate partner violence. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 461-478. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1901872>
- Altinayak, S. Ö., & Abukan, B. (2023). *Examining the effect of weight self-stigma on attitudes toward sexuality during pregnancy using structural equation modeling*. *African Journal of Reproductive Health*, 27(9), 87–95. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i9.9>
- Amendoeira, J. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura: A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Antunes, C. P. (2021). *O enfermeiro obstetra na prevenção do abandono precoce do aleitamento materno* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/44313>
- Associação para o Planeamento Familiar (APF). (2025). *Sexualidade*. <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Ascenso, C. I. (2023). *Técnicas não farmacológicas e integrativas como meio de conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto* [Relatório de estágio]. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4888>
- Ayres-de-Campos, D. (2016). Introduction: Why is intrapartum fetal monitoring necessary - Impact on outcomes and interventions. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30, 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.06.004>
- Bacelo, T. M., & Lopes, M. S. (2009). Antecipar a vida: Consulta pré-concepcional - Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (1), 19–29. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10586>
- BCSD Portugal. (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. <https://ods.pt/ods/>
- Boura, S. C. (2021). *Estratégias de coping no ciclo de vida: Intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43846>
- Brook, J., & Salmon, D. (2015). A qualitative study exploring parental perspectives and involvement in health visiting services during the health visitor implementation plan in the South West of England. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 349–356. <https://doi.org/10.1111/hsc.12308>

- Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. (2015). Depressão pós-parto materna: Crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebés no primeiro ano de vida. *Psico*, 46(4), 483–492. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto* (I). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (gravidez de baixo risco)*. Papa-Letras. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidz_okn.pdf
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Papa-Letras. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf
- Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Referência Revista de Enfermagem*, 5(4). <https://doi.org/10.12707/RV20066>
- Carteiro, D., & Néné, M. (2024). Sexualidade do casal na gravidez. In *Cuidar da sexualidade ao longo da vida* (1ª ed., pp. 79–87). Lidel.
- Coelho, M. J. (2016). *O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/18130>
- Comissão Europeia. (2008). *Explicar o quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. Comunidades Europeias. <https://europass.europa.eu/system/files/2020-05/EQF-Archives-PT.pdf>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th ed.). Sage.
- CUF. (2025). *HPV: Vírus do papiloma humano*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/hpv-virus-do-papiloma-humano>

- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2008). *Orientações da Direção-Geral da Saúde: Saúde reprodutiva / planeamento familiar*.
https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2023). *Orientação n.º 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Diário da República. (2007). *Lei n.º 16/2007: Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez* (pp. 2417–2418).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>
- Diário da República. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018* (1ª série, pp. 4147–4182).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Diário da República. (2019). *Lei n.º 110/2019* (1ª série, pp. 94–101).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Diário da República. (2019). *Lei n.º 58/2019*.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Dias, H. (2020). Sexualidade. In R. Santos-Rocha (Coord.), *Guia da gravidez ativa: Atividade física, exercício, desporto e saúde na gravidez e pós-parto* (pp. 13–15). Escola Superior de Desporto de Rio Maior, Instituto Politécnico de Santarém.
<https://bibliotecadodesporto.ipdj.pt/BiblioNET/Upload/E-BOOKS/GUIA-GRAVIDEZ-ATIVA-2020.pdf>
- Dulger, O., Torun, S., & Osmanoglu, U. (2024). Comparative cross-sectional study on sexual function of couples during pregnancy: Assisted reproductive techniques versus spontaneous conceptions. *African Journal of Reproductive Health*, 28(1), 84–93. <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i1.9>
- ENIAC. (2023, 17 de agosto). *O que é formação académica: importância e mais!* ENIAC.
<https://www.eniac.edu.br/blog/o-que-e-formacao-academica-importancia-e-mais>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308–320). Lidel.
- Fiamoncini, A. A., & Reis, M. D. (2018). Sexualidade e gestação: Fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 29(1), 91–102. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.49>

- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2025). *FIGO strategic plan 2021-2030*. <https://www.figo.org/about-us/figo-strategic-plan-2021-2030/introduction>
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Gomes, C. I., Gambín, M. M., & Frias, A. M. (2023). Vivência da sexualidade na gravidez: uma revisão integrativa. In A. M. A. Frias (Org.), *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar na gravidez* (pp. 109–120). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230613422>
- Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em obstetrícia. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 425–431). Lidel.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e a sua aplicabilidade para a enfermagem*[PDF]. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Huanga, C.-Y., Chuanga, H.-L., Tsaic, L.-Y., Lua, Y.-C., Lioua, C.-F., Leed, M.-S., . . . Leea, S.-H. (2024). Differences in sexual activities and information seeking behaviors between women who underwent in vitro fertilization (IVF) and who conceived without IVF. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(3), 761–776. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2023736>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025). *Estatísticas vitais*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=701627622&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025). *Idade média das mulheres ao nascimento de um filho (ano) por local de residência – 2024*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0013185&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Politécnico de Santarém. (2025). *Normas gerais para a elaboração de trabalhos escritos*. https://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2025/03/AnexoVII_NormasTFC.pdf
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2017). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran. *Journal*

- of Maternal and Reproductive Health*, 5(2), 123–130.
<https://doi.org/10.22038/jmrh.2017.9613>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Lacerda, M. R., Santos, M. I., Tonin, L., & Diogo, P. M. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Referência Revista de Enfermagem*, 6(3).
<https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>
- Laboratório de Gestão, Educação e Saúde Coletiva (LAGESC). (2016). *Instrumentos de pesquisa*. <https://www.udesc.br/cefid/lagesc/instrumentospesquisa>
- Laranjo, R. D. (2021). *A vivência da sexualidade durante a gravidez* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
<http://hdl.handle.net/10174/29191>
- Leitão, M. (2016). Alterações do puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 443–455). Lidel.
- Maciel, P. D. (2011). *Sexualidade na gestação: Ações de enfermagem no atendimento pré-natal*. [Trabalho de conclusão de curso de especialização em enfermagem obstétrica, Universidade Federal de Minas Gerais].
<https://hdl.handle.net/1843/BUBD-9DNG9B>
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, e85214.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62–66.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministério da Saúde. (2025). *Vírus do papiloma humano (HPV)*. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/doencas/doencas-infecciosas/virus-do-papiloma-humano-hpv>
- Moradi, M., Mohammadzadeh, F., Niazi, A., & Afiat, M. (2023). *The relationship between women's sexual function and type of delivery and pelvic organ prolapse: A cross-*

- sectional study. Health Care for Women International, 46(2), 149–161.*
<https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2223150>
- Morais, S., & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita: Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Portuguese Journal of Pediatrics, 44(6), 365–371.*
<https://doi.org/10.25754/pjp.2013.2717>
- Moreira, A. G., Henriques, C. M., & Frias, A. M. (2022). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Alterações da sexualidade durante a gravidez uma revisão sistemática.* Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220609206>
- Nazaré, P. F. (2019). *Adiar a maternidade: Uma questão demográfica e contemporânea* (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89675>
- Öcalan, D., Toker, S., Doğan, E. K., & Alparslan, Ö. (2024). Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image. *African Journal of Reproductive Health, 28(11), 56–67.* <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i11.6>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Saúde sexual, direitos humanos e a lei.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23f117b5-0161-4442-bda3-773ca08e18ff/content>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Recomendações da OMS sobre os cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b7ca7c-9a31-4546-bde2-b207aa13fa48/content>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Execução de citologia cervical (Parecer n.º 141/2009).* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%c3%a7%c3%a3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.*

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacao_sseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Colocação de DIU, implanon e marcação de consultas de vigilância de gravidez de baixo risco assim como em grávidas diabéticas gestacionais por enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (Parecer n.º 50/2014)*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravida_DIAB.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Recomendações para os cursos de recuperação pós-parto (Recomendações n.º 1/2014)*, 1-2. Mesa do Colégio da Especialidade.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESMO_Recomendacao_1_2014_Recomendacoes_para_os_Cursos_de_Recuperacao_pos_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11086/programa_formativo_eesmo_rev11_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 85, de 3 de maio de 2019).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Visitas domiciliárias (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 152/2019)*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34676/parecer-n%C2%BA-152-ce-12022018_visitas-domiciliarias_revoga-o-parecer-n%C2%BA-88_2018_anonimizado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Prática avançada em enfermagem: utopia ou realidade?* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30918/08_10_2023-22044-página-1-geral.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survive manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th ed.). McGraw-Hill Education.
- Pedro, L., & Oliveira, S. C. (2016). A dor no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 413–415). Lidel.
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. (2014). *Trabalho de parto e parto de Oxorn e Foote* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 348–353). Lidel.
- Reis, C. M. (2021). *Um percurso para a enfermagem avançada* [Relatório de estágio]. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/34717>
- Santos, A. F. (2021). *A visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e puérpera: Um instrumento para a promoção da parentalidade e da saúde do recém-nascido* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora] <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5506>
- Santos, M. J., & Baptista, M. C. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 455–473). Lidel.
- Sequeira, A., Sobral, M. F., Prata, A. P., Correia, T. I., Monteiro, M. J., & Henriques, C. M. (2020). Rotura artificial de membranas. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F.

- Amaral (Eds.), *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (pp. 79–83). Lidel.
- Severino, S. P. (2017). Relatório final do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica: *A sexualidade da mulher/casal durante a gravidez. Uma revisão integrativa da literatura* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/8564>
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Académicos*, 6(13). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso sobre contraceção 2020*. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2017). Consenso "Diabetes gestacional" atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-nº-1-Março-2017-Recomendações-págs-24-38.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2014). *Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo, vulva e vagina*. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Szymaska, E., Kisielewski, R., Kisielevska, L., & Tomaszewski, J. (2024). The impact of pregnancy functioning in Polish women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310, 2133–2140. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07648-2>
- Unal, E., & Yagmur, Y. (2024). Sexual quality of life and marital adjustment in pregnant women. *Health Care for Women International*, 45(12), 1384–1396. <https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2272795>
- União Europeia. (2005). *Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/directiva36_2005.pdf
- Universidade Aberta. (2020). *Diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas: Publication manual of the American Psychological Association, 7ª*. <https://hdl.handle.net/10400.2/9889>
- Universidade de Évora. (2025). *Jornadas Internacionais - EdSex - Évora, sexualidade em foco: Diálogos e desafios no ensino superior*. <https://www.edsex.uevora.pt/>
- USF Cartaxo Terra Viva. (2022). *Planeamento familiar. Manual de boas práticas*. <https://bicsp.min->

- saude.pt/pt/biufs/3/933/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Práticas%20-%20Anexo%20III%20-%20Planeamento%20Familiar.pdf
- UTERUS. (2022). *Uterus. Parir em movimento*. <https://uterus.pt/profissionais/ciclo-parir-em-movimento-respiracao-e-perineo-na-gravidez-e-parto/>
- UVA. (2024). *A importância da formação académica na vida profissional*. <https://uva.br/postagens/a-importancia-da-formacao-academica-na-vida-profissional/>
- Vieira, J. (2015). A investigação em enfermagem. *Revista Clínica Hospital Dr Fernando Fonseca*, 3(1). <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/119/72>
- Vieira, J. G. (2020). *Sexualidade na gravidez. Estudo exploratório sobre o impacto da gravidez e do pós-parto na satisfação com a sexualidade e na relação conjugal* [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/94556>
- Vieira, V. I. (2018). *Vivências da vinculação pai-filho* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2147/1/Vanda_Vieira.pdf
- Vives, N. (2025). *Ciclo parir en movimiento: Anatomía funcional del parto fisiológico*. Núria Vives Anatomía: Estudio de la anatomía para el movimiento consciente. <https://nuriavivesanatomia.com/ciclo.php>
- Xie, X., Li, J., Wang, X., Liang, S., Zhong, X., & Wenzhi. (2024). Exploring midwives training needs and preferences for providing sexual health education for pregnant women: A mixed-methods study. *Sexual Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1071/SH24130>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto Individual de Estágio

Projeto Individual de Estágio

Carolina Leitão

Santarém, outubro de 2024

**10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Projeto Individual de Estágio

Trabalho escrito

Discentes:

Carolina Cotrim Leitão, nº 230000135

Docentes:

Professora Adjunta Convidada Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho

Santarém, outubro de 2024

Acrónimos/Siglas

AFU – Altura do Fundo do Útero

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil/Juvenil

BSR – Boletim de Saúde Reprodutiva

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CTG - Cardiotocografia

CMESMO – Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DPP – Data Provável de Parto

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

FUC- Ficha de Unidade Curricular

IG – Idade Gestacional

IMC- Índice de Massa Corporal

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MF – Movimentos Fetais

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RN – Recém-Nascido

TA – Tensão Arterial

Tdpa – Tétano, Difteria e Tosse Convulsa

TRU – Teste Rápido de Urina

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução	5
I. Componente de estágio	7
1. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade	7
2. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica, Ginecologia e Puerpério	14
3. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos.....	21
II. Componente de investigação.....	29

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO realizado em contexto da comunidade.....	9,10,11,12,13
Tabela 2 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO na Gravidez Patológica, em Ginecologia e no Puerpério.....	16,17,18,19,20,21
Tabela 3 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO na Sala de Parto.....	23,24,25,26,27,28

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, do 3º semestre do 2º ano do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém (IPS), orientada pela professora adjunta Susana Delgadinho, foi-me proposta a elaboração de um projeto de aprendizagem intitulado de projeto individual de estágio.

De acordo com o plano desenvolvido, o Estágio irá decorrer ao longo de 40 semanas, compreendidas entre 16 de setembro de 2024 e 11 de julho de 2025, com pausas letivas para férias de Natal de 23 de dezembro de 2024 a 03 de janeiro de 2025, e férias da Páscoa de 14 a 19 de abril de 2025, perfazendo um total de 1000 horas. Para além do referido acrescentam-se ainda 106h dedicadas à elaboração e preparação do projeto individual de estágio e do relatório de estágio. O Estágio encontra-se dividido em cinco contextos, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) na Comunidade, ESMO na Gravidez Patológica, ESMO em Ginecologia, ESMO no Puerpério e ESMO na Sala de Partos, sendo que cada um dispõe de um conjunto de objetivos de aprendizagem específicos.

De acordo com a Ficha de Unidade Curricular (FUC) relativa à UC Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o presente estágio apresenta como objetivos evidenciar capacidades de compreensão, conceção, autorreflexão e da crítica na praxis clínica especializada, suportada em sólidos e válidos valores profissionais e éticos; prestar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica à mulher no ciclo sexual e reprodutivo em situação de saúde-doença, inserida na família, grupo e comunidade; aprofundar e evidenciar o autoconhecimento, assertividade e a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas no seu campo de intervenção, tendo por base os padrões de qualidade, as competências da área de especialização e a prática baseada na evidência e ainda gerir os cuidados, adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações de cuidados e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

Importa ainda referir que o enfermeiro deve utilizar na sua prática de cuidados os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresentadas no artigo n.º 4 do Regulamento n.º 140/2019, publicado em fevereiro de 2019, sendo elas, a responsabilidade profissional, a ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências comuns dos enfermeiros especialistas são partilhadas entre todos independentemente da área da especialização,

evidenciadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, baseados na sua formação, investigação e assessoria. As competências específicas surgem das respostas humanas aos processos de vida e das situações de saúde, no contexto de intervenção delineado para cada área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Para prestar cuidados especializados e de qualidade à mulher/RN/família, o enfermeiro deve reger-se pelo Regulamento n.º 391/2019, publicado em maio de 2019, que menciona no artigo 4.º as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Sendo que estas definem que o enfermeiro deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, e ainda a cuidar a mulher em idade fértil inserida na comunidade.

Para a realização do projeto individual de estágio proposto torna-se necessário mobilizar conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados, das metodologias de investigação, formação e gestão, como suporte à componente de estágio e de investigação. De uma forma geral, os objetivos do projeto individual de estágio consistem em refletir sobre as competências do EESMO adquiridas ao longo da componente do estágio e relacionar uma questão de investigação pertinente no âmbito da ESMO com os diversos contextos de estágio.

Para direcionar a componente de estágio do projeto, foi definido como objetivo geral sistematizar os objetivos e atividades a desenvolver ao longo do estágio nos seus diversos contextos, e como objetivos específicos, caracterizar os diferentes campos de estágio, delinear os objetivos individuais para cada campo de estágio, planear atividades a realizar ao longo do estágio, relacionar as atividades definidas com as competências comuns do enfermeiro especialista e com as competências específicas do EEESMO, identificar os recursos humanos e materiais necessários para alcançar os objetivos e definir a calendarização das atividades a implementar durante os estágios.

Quanto à componente de investigação, o objetivo geral consiste em identificar um problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com a necessidade e a realidade dos contextos de estágios, e como objetivos específicos a caracterizar o problema de saúde identificado e formular uma questão de pesquisa passível de investigação.

Desta forma, o presente trabalho encontra-se dividido em dois capítulos, sendo o primeiro a componente de estágio e o segundo a componente de investigação, com o intuito de ser incluídos no relatório. Salienta-se ainda que o documento apresentado encontra-se a ser desenvolvido no decorrer dos diversos contextos de estágio, constituindo-se como um instrumento de orientação, podendo-se assim ser alterado de forma a ajustar-se às necessidades que possam surgir.

I. Componente de estágio

1. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

De acordo com o planejamento realizado, o estágio de ESMO no contexto da comunidade seria realizado num período de 6 semanas com início a 16 de setembro de 2024 e término a 25 de outubro de 2024 perfazendo um total de 150 horas, acompanhada por uma EEESMO.

Com o intuito de orientar o estágio na comunidade foram definidos um conjunto de objetivos, sendo eles cuidar a mulher/mãe/RN/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, em diferentes contextos da comunidade e nas diferentes dimensões da saúde materna e obstétrica; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher/mãe/casal/filho/família, grupos e comunidade em processos de saúde e doença; capacitar a mulher/mãe/casal/filho/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância; planejar e realizar sessões de educação para a saúde para o grupo e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível dos cuidados de saúde primários.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) foi a escolhida para a realização do meu estágio neste contexto, sendo que esta se encontra inserida no Centro de Saúde pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS).

A UCC consiste numa unidade que intervém na prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social às pessoas, famílias, grupos vulneráveis em situação de alto risco ou de dependência física e/ou funcional, em contexto domiciliário e/ou comunitário.

A UCC apresenta como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência” (SNS, 2024). Esta unidade visa ser uma UCC de referência assumindo a saúde da população como principal compromisso, assegurando respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às suas necessidades, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados, mostrando-se disponível para a realização de novos projetos com a finalidade de alcançar a excelência dos serviços através do trabalho em equipa e da satisfação dos profissionais e dos cidadãos. É ainda importante realçar o respeito pela individualidade da pessoa, a salvaguarda dos direitos da pessoa, a articulação e cooperação entre todos os elementos da equipa e das restantes unidades funcionais da ULS, e a autonomia como os valores delineados pela UCC.

A UCC teve o seu início de atividade a 1 de abril de 2011, e conta com a colaboração de 6 enfermeiros, sendo um deles o enfermeiro coordenador da unidade e as restantes enfermeiras especialistas, uma em ESMO, uma em Enfermagem de Saúde Pública, uma em Saúde Comunitária, uma em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e outra em Enfermagem de Reabilitação. Para além dos elementos referidos integra uma secretária clínica, uma terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta. Esta UCC destina-se à população do concelho, que abrange cerca de 12 021 utentes até setembro de 2024, sendo uma população maioritariamente entre os 7 e os 64 anos de idade (7 728) (SNS, 2024).

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
I) Conhecer as características da UCC Olhos de Água, nomeadamente a sua estrutura física e dinâmica organizacional e integrar a sua equipa multidisciplinar;	-Conhecimento da estrutura física e da organização da UCC; -Conhecimento e integração da dinâmica e do método de trabalho da equipa multidisciplinar, respeitando a forma de funcionamento da mesma; -Estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar; -Colaboração com a equipa multidisciplinar no cuidar da mulher/mãe/RN/família e comunidade, numa perspetiva holística em situação de saúde/doença na área de saúde materna e obstétrica; -Conhecimento do funcionamento do sistema informático utilizado (<i>Scínico</i>).	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; C1; D1; D2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/mãe/filho/família; -Estudante.	De 17/09/2024 a 27/09/2024.
II) Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;	-Acolhimento da mulher/casal, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia; -Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, hábitos e estilos de vida, caracterização social, económica e cultural, situações de violência) para obter uma prestação de cuidados mais individualizada; -Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado à mulher/casal em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos na sua saúde-doença; -Avaliação física da mulher (Tensão Arterial (TA), peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC)) e avaliação emocional da mulher/casal/família; -Realização de educação para a saúde (alimentação, higiene e conforto, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e realização do autoexame da mama); -Acompanhamento da mulher e casal que planeiam uma gravidez; -Acompanhamento da mulher e casal em situações de infertilidade; -Fornecimento e aplicação de métodos contraceptivos de modo informado e esclarecido; -Avaliação do estado vacinal da mulher de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV); -Realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e colpocitologia; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Agendamento da próxima consulta; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Scínico</i> e no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSR).	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2. <u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 1.1; 1.2; 1.3.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/casal/família; -Estudante; <u>Materiais:</u> -Balança; -Medidor de tensão arterial/esfigmomanómetro e estetoscópio -Material para colpocitologia (espéculo ginecológico, gel lubrificante, escova cervical, lâmina com extremidade foca ou meio líquido, fixador celular, recipiente para transporte da amostra); -Boletim de vacinas/vacinas; -BSR; -Computador.	De 17/09/2024 a 25/10/2024.
III) Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de	-Acolhimento da mulher/casal, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia;	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u>	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Grávida/casal/família;	De 17/09/2024 a 25/10/2024.

<p>enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do período pré-natal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, hábitos e estilos de vida, caracterização social, económica e cultural, situações de violência) para obter uma prestação de cuidados mais individualizada; -Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado à mulher/casal em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos na sua saúde-doença; -Sensibilização da importância da vigilância na gravidez à mulher/casal/família; -Avaliação do risco pré-natal através da Escala de <i>Goodwin</i> modificada; -Avaliação do bem-estar materno (TA, peso, altura, IMC, Altura do Fundo do Útero (AFU), Teste Rápido de Urina – TRU, presença de sintomatologia) e avaliação emocional da grávida/casal/família, através de escuta ativa; -Avaliação do bem-estar fetal (avaliação de Movimentos Fetais (MF) e/ou percepção dos MF pela grávida a partir das 18/20 semanas, avaliação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) a partir das 12 semanas de gestação); -Determinação da Idade Gestacional (IG) através da Data Provável de Parto (DPP) e posteriormente corrigida com a primeira ecografia (11 semanas e 6 dias)); -Identificação e esclarecimento das preocupações e dúvidas da grávida/casal/família); - Realização de educação para a saúde (alimentação, higiene e conforto, vestuário e calçado, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, desconfortos na gravidez, medidas de prevenção de infeção, sinais e sintomas de alerta, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro); -Avaliação do estado vacinal pelo PNV (administração da vacina Tétano, Difteria e Tosse Convulsa – Tdpa da 20^a às 36 semanas, idealmente até às 32 semanas após a realização da ecografia morfológica; assim como administração da imunoglobulina anti D, se necessário, a partir das 28 semanas; -Colaboração no Curso de Preparação para Nascimento e Parentalidade (CPNP) presencialmente e via zoom, elaborando uma sessão de educação para a saúde para as grávidas; -Capacitação da mulher e casal sobre lei de parentalidade; -Fornecimento do cheque-dentista; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); - Referenciação para a equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da área de intervenção do EEESMO; -Agendamento da próxima consulta; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i> e no Boletim de Saúde Grávida (BSG). 	<p>A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do EEESMO:</u> 2.1; 2.2; 2.3.</p>	<p>-Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Balança; -Medidor de tensão arterial/esfigmomanómetro e estetoscópio; -Fita métrica; -Tira reagente para análise de urina; -Doppler para auscultação dos BCF; -Gel para ultrassons; -Boletim de vacinas/vacinas/injetáveis; -Copo de plástico; -BSG; -Computador. 	
<p>IV)Desenvolver competências cognitivas,</p>	<p>-Acolhimento da puérpera/casal/Recém-Nascido (RN) apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia;</p>	<p><u>Competências comuns do</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira orientadora; 	<p>De 17/09/2024 a 25/10/2024.</p>

<p>relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/mãe/família e comunidade na área de saúde materna e obstétrica no âmbito do período pós-natal/puerpério;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado à puérpera/casal/RN em conjunto com os mesmos, de modo a torná-los ativos no seu processo saúde-doença; -Conhecimento das preocupações da puérpera/casal e das intercorrências que podem advir do parto (queixas pélvicas, mamárias, urinárias, entre outras...); -Sensibilização da puérpera/casal da importância da vigilância da puérpera/casal/RN/família no período pós-parto; -Avaliação física da mulher (sinais vitais, peso, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, perdas vaginais, eliminação vesical e intestinal); -Execução de tratamento da ferida e remoção de material de sutura, se necessário; -Avaliação do bem-estar emocional da puérpera/casal/RN e da adaptação ao novo elemento da família, recorrendo à escala de depressão pós-parto de Edimburgo; -Identificação do tipo de aleitamento administrado ao RN (amamentação); -Incentivo à amamentação em exclusivo e capacitação sobre os benefícios e técnica favorecedora; -Fornecimento, explicação e aplicação de métodos contraceptivos de modo informado e esclarecido adequados (método hormonal – progestativas ou de barreira); -Realização de educação para a saúde (alimentação, higiene e cuidados com a zona perineal, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, métodos contraceptivos, aleitamento materno ou artificial, exercícios de Kegel, alterações físicas e psicológicas no pós-parto); -Realização da observação física do RN (estado geral, integridade e coloração cutânea, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, peso, comprimento e perímetro cefálico, ganho ponderal/percentis de crescimento, interação da díade com o RN, sensação de conforto, cólicas, estado de higiene do RN); -Realização do rastreio “Diagnóstico precoce”, entre o 3º e 6º dia de vida do RN, em visita domiciliária ou presencialmente no centro de saúde; -Avaliação do estado vacinal da puérpera; -Prestação de cuidados à puérpera/casal/RN mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Referenciação para a equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da área de intervenção do EEESMO; -Agendamento da próxima consulta; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Scínico</i> e no Boletim de Saúde Grávida (BSG) na consulta de puerpério e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSI/J). 	<p><u>enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p>-Equipa multidisciplinar; -Puérpera/RN/família; -Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u> -Balança; -Medidor de tensão arterial/esfigmomanómetro e estetoscópio; -Material de penso; -Métodos contraceptivos; -Fita métrica; -Documento para realizar rastreio de “Diagnóstico precoce”, lanceta ou agulha hipodérmica, compressas esterilizadas, penso rápido ou adesivo; -Boletim de vacinas/vacinas; -BSG; -BSI/J; -Computador.</p>	
<p>V)Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de</p>	<p>-Acolhimento da mulher apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia;</p>	<p><u>Competências comuns do</u></p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar;</p>	<p>De 17/09/2024 a 25/10/2024.</p>

<p>modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e menopausa e a vivenciar processo de saúde-doença ginecológica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado à mulher, de modo a torná-la ativos na sua saúde-doença; -Realização de uma colheita de dados completa para adequar a prestação de cuidados à pessoa; -Avaliação física e emocional da mulher (TA, peso, altura, IMC, estado geral); -Compreensão do estado emocional da mulher relativamente às alterações físicas e psicológicas características do climatério/menopausa, esclarecendo dúvidas com recurso a escuta ativa; -Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica adequada, regular e reforçar a importância da realização de exames complementares de diagnóstico; -Realização de educação para a saúde (autoexame mamário mensalmente, alterações físicas e psicológicas que possam sentir, DST's, cuidados perineais, prevenção de infeções genito-urinárias); -Identificação da população elegível para realização de RCCU através de colpocitologia e convocar as mulheres, com posterior colaboração e realização de colpocitologia; -Fornecimento de informação sobre programas de rastreio (RCCU e mamografia); -Avaliação do estado vacinal da mulher de acordo com o PNV; -Informar e fornecer métodos contraceptivos; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Referenciação para a equipa interdisciplinar em situações de doença/alterações anormais identificadas que não sejam da área de intervenção do EESMO; -Agendamento da próxima consulta, se necessário; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i>. 	<p><u>enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 5.1; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mulher/casal/família; -Estudante. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Balança; -Medidor de tensão arterial/esfigmomanómetro e estetoscópio; -Material para colpocitologia (espéculo ginecológico, gel lubrificante, escova cervical, lâmina com extremidade foca ou meio líquido, fixador celular, recipiente para transporte da amostra); -Boletim de vacinas/vacinas; -Métodos contraceptivos; -Computador. 	
<p>VI)Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e da melhoria da qualidade dos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento da metodologia, organização de trabalho e protocolos internos da UCC Olhos de Água; -Conhecimento da gestão de recursos materiais e humanos, rentabilizando os recursos existentes na prática de cuidados; -Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis. 	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B3; C1; C2.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/mãe/filho/família; -Estudante. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Protocolos internos. 	<p>De 17/09/2024 a 25/10/2024.</p>
<p>VII)Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de uma sessão de educação para a saúde/folheto informativo sobre uma temática pertinente a ser desenvolvida; -Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados na área de saúde materna e obstétrica; 	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B2; C1; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Estudante; -Docente orientadora. 	<p>De 17/09/2024 a 25/10/2024.</p>

	<ul style="list-style-type: none">-Realização de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora sobre a minha atuação em estágio, regularmente, de modo a evoluir positivamente e posteriormente prestar cuidados de qualidade à mulher/mãe/filho/família;-Utilização de evidência científica na prática de cuidados;-Realização de dois momentos de avaliação com a enfermeira orientadora e docente orientadora.			
--	---	--	--	--

Tabela 1 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO realizado em contexto da comunidade.

2. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica, Ginecologia e Puerpério

De acordo com o planejamento realizado, o estágio de ESMO na Gravidez Patológica, em Ginecologia e no Puerpério será realizado num período total de 14 semanas com início a 31 março de 2025 e término a 11 de julho de 2025 perfazendo um total de 350 horas, acompanhado por uma EEESMO. Sendo o estágio de ESMO na gravidez patológica realizado de 31 de março de 2025 a 16 de maio de 2025, considerando 150 horas, de seguida será o estágio de ESMO em ginecologia de 19 de maio de 2025 a 30 de maio de 2025, perfazendo 50 horas, e por fim o estágio de ESMO no puerpério de 2 de junho de 2025 a 11 de julho de 2025, totalizando 150 horas.

O estágio de ESMO na gravidez patológica deve ser realizado em serviços de internamento de medicina materno/fetal e/ou em consultas de alto risco e exames complementares de diagnóstico, sendo os objetivos definidos os seguintes, cuidar a mulher/grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento hospitalar; integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher grávida/feto/família em processos de saúde-doença; capacitar a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde; planear e realizar sessões de educação para a saúde para o grupo e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível da gravidez patológica em contexto hospitalar.

Para a realização do estágio de ESMO em ginecologia pretende-se que este seja realizado no âmbito de consultas de ginecologia e senologia, e exames complementares de diagnóstico na área da Ginecologia e Senologia, para o qual foram delineados um conjunto de objetivos específicos, nomeadamente, cuidar da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em contexto hospitalar e em serviços de ambulatório; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas da intervenção do EEESMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença ginecológica em contexto hospitalar.

Com o intuito de orientar o estágio de ESMO no puerpério foram definidos os seguintes objetivos, cuidar da puérpera/recém-nascido/casal/família em processos de saúde/doença, em contexto de internamento hospitalar; integrar as equipas de saúde prestadoras de cuidados à puérpera/RN/casal/família; capacitar a puérpera/RN/casal/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de transição em curso; planear e realizar sessões de educação para a saúde para o grupo e/ou ações de formação em serviço; promover a vivência positiva dos

processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível do puerpério e período neonatal em contexto hospitalar.

O presente estágio irá decorrer na ULS, nomeadamente no Hospital, quer em contexto de consulta, quer no âmbito do internamento de puérperas e ginecologia.

A ULS apresenta o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, que contempla como missão “prestar cuidados de excelência em saúde, à mulher em trabalho de parto e com patologia aguda obstétrica e ginecológica” O serviço é formado pela urgência ginecológica e obstétrica, bloco de partos e internamento de puerpério e ginecologia, e encontra-se no piso 5 do hospital. As consultas existem na área da obstetrícia, ao nível da consulta de obstetrícia e de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG); na área da ginecologia, nomeadamente na consulta de planeamento familiar, menopausa, infertilidade e patologia do colo do útero; e por fim, na área da pediatria, a consulta de neonatologia e de pediatria/adolescentes.

De acordo com a informação transmitida presencialmente, o serviço de puérperas tem como intuito prestar cuidados de saúde obstétricos e neonatais à puérpera, RN e família, sendo constituído por 8 quartos duplos, 3 quartos individuais, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de assistentes operacionais, 1 berçário, 1 sala de tratamentos, 1 sala de trabalho, 2 armazéns e o gabinete nascer cidadão, para registo do bebé após o seu nascimento. Esta equipa é constituída por médicos obstetras, médicos anestesiológicos, médicos pediatras/neonatalogistas, enfermeiros de cuidados gerais e EEESMO, administrativos e assistentes operacionais, funcionando em parceria com os outros serviços do hospital. Além do mencionado, metade do serviço de puérperas é utilizado para mulheres com patologia ginecológica.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
I) Conhecer as características da consulta nas suas diversas especialidades (ginecologia, obstetrícia, planeamento familiar e IVG) nomeadamente a sua estrutura física e dinâmica organizacional e integrar a sua equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher, RN e família;	-Conhecimento da estrutura física e da organização dos serviços de consulta e internamento; -Conhecimento e integração da dinâmica e do método de trabalho da equipa multidisciplinar, respeitando a forma de funcionamento da mesma; -Estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar; -Colaboração com a equipa multidisciplinar no cuidar da grávida/RN/família, ou utente com patologia de foro ginecológico, de forma holística e individual respeitando as suas crenças e valores culturais e religiosos; -Conhecimento do funcionamento do sistema informático utilizado (<i>Sclinico</i>).	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; C1; D1; D2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/grávida/puérpera/RN/família; -Estudante.	31/03/2025 a 11/04/2025. 19/05/2025 a 23/05/2025. 02/06/2025 a 13/06/2025.
II) Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do período pré-natal;	-Realização do acolhimento da mulher/casal ao serviço, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia; -Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (história clínica e obstétrica), de forma a obter uma prestação de cuidados mais individualizada; -Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidado da grávida/casal/família; -Sensibilização da importância da vigilância na gravidez à mulher/casal/família; -Avaliação do risco pré-natal através da Escala de <i>Goodwin</i> modificada; -Determinação da IG através da DPP, e posteriormente, corrigida com a primeira ecografia morfológica; -Avaliação do bem-estar materno (TA, peso, altura, IMC, AFU, TRU e presença de sintomatologia) e avaliação emocional da grávida/casal/família através de escuta ativa; -Avaliação do bem-estar fetal (perceção dos MF e avaliação dos BCF); -Identificação e esclarecimento das preocupações e dúvidas da grávida/casal/família); -Realização de educação para a saúde (alimentação, higiene e conforto, vestuário e calçado, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, consumos, desconfortos na gravidez, medidas de prevenção de infeção, sinais e sintomas de alerta, suplementação com ácido fólico, iodo e ferro); -Realização de rastreios de acordo com os trimestres de gravidez (interpretar os exames laboratoriais e ecográficos), identificando desvios da normalidade; -Realização de manobras de Leopold e cardiocografia (CTG); -Avaliação do estado vacinal pelo PNV (Tétano, Difteria e Tosse Convulsa); -Administração da imunoglobulina anti D, se necessário; -Capacitação da mulher e casal sobre lei de parentalidade;	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2. <u>Competências Específicas do ESMO:</u> 2.1; 2.2; 2.3.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Grávida/casal/família; -Estudante. <u>Materiais:</u> -Balança; -Medidor de TA; -Fita métrica; -Tira reagente para análise de urina; -Cardiotocógrafo; -Doppler; -Gel para ultrassons; -Boletim de vacinas/vacinas; -Copo de plástico; -BSG; -Computador.	31/03/2025 a 16/05/2025.

	<p>-Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...);</p> <p>-Referenciação para a equipa interdisciplinar em situações de doença identificadas que não sejam da área de intervenção do EEESMO;</p> <p>-Agendamento da próxima consulta;</p> <p>-Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i> e no BSG.</p>			
<p>III)Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade que vivencia o processo de IVG;</p>	<p>-Realização do acolhimento da mulher ao serviço, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia;</p> <p>-Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (história clínica e obstétrica), de forma a obter uma prestação de cuidados mais individualizada;</p> <p>-Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidado da mulher;</p> <p>-Avaliação física (sinais vitais, estado geral, peso) e emocional da mulher, para encaminhamento psicológico;</p> <p>-Colaboração na realização da ecografia obstétrica para validação e datação da gravidez, e posteriormente, para validação da IVG;</p> <p>-Realização de educação para a saúde (processo de IVG, aborto, sinais de alarme e complicações, consultas subsequentes, terapêutica, métodos contraceptivos, DST's, medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor);</p> <p>-Administração de terapêutica;</p> <p>-Sensibilização para a importância da utilização de métodos contraceptivos de longa duração (implantes e dispositivos intrauterinos);</p> <p>-Administração de imunoglobulina anti D, se necessário;</p> <p>-Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...);</p> <p>-Agendamento da próxima consulta;</p> <p>-Realização de registos de enfermagem em formato papel, salvaguardando a confidencialidade dos dados e o sigilo profissional.</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 2.1; 2.2; 2.3.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/casal/família; -Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u> -Medidor de TA; -Balança; -Métodos contraceptivos; -Terapêutica; -Material para realizar ecografia; -Folhas de registo.</p>	<p>31/03/2025 a 16/05/2025.</p>
<p>IV)Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher/mãe/família e comunidade na área de saúde materna e obstétrica</p>	<p>-Acolhimento da puérpera/RN/casal/família, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia;</p> <p>-Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (história clínica e obstétrica), de forma a obter uma prestação de cuidados mais individualizada;</p> <p>-Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidado da puérpera/RN/casal/família;</p> <p>-Conhecimento das preocupações da puérpera/casal e das intercorrências que podem advir do parto (queixas pélvicas, mamárias, urinárias, entre outras...);</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Puérpera/RN/casal/família; -Estudante.</p>	<p>02/06/2025 a 11/07/2025.</p>

<p>no âmbito do período pós-natal/puerpério;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilização da puérpera/casal da importância da vigilância da puérpera/casal/RN/família no período pós-parto; -Avaliação física da mulher (sinais vitais, peso, mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, cicatrização de sutura perineal ou abdominal, perdas vaginais, eliminação vesical e intestinal), tendo especial atenção às complicações associadas; -Avaliação do bem-estar emocional da puérpera/casal/RN e da transição para a parentalidade; -Identificação precoce de complicações pós-parto e realização do tratamento e/ou encaminhamento (ingurgitamento mamário, mastite, fissuras de mamilos, hemorroidas, incontinência vesical/intestinal, deiscência da sutura, infecção puérpera, hemorragia, blues pós-parto/depressão, pós-parto); -Realização de educação para a saúde (alimentação e amamentação, higiene e cuidados com a zona perineal/sutura abdominal, sono e repouso, eliminação, atividade física, sexualidade, lóquios, prevenção de infecções, desconfortos pós-parto, sinais de alarme, consulta de revisão do pós-parto e as suas complicações, cuidados ao RN); -Promoção e apoio do aleitamento materno; -Preparação e administração de terapêutica prescrita; -Realização de tratamento à ferida cirúrgica; -Realização da observação física do RN (estado geral, integridade e coloração cutânea, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, peso, comprimento e perímetro cefálico); -Realização do rastreio “Diagnóstico precoce”, entre o 3º e 6º dia de vida do RN, caso esteja ainda internado; -Administração da vacina contra hepatite B e tuberculose, em situações previamente elegíveis; -Acompanhamento e apoio em situações de luto; -Deteção precoce de sinais e sintomas de alerta no RN/puérpera/casal/família e complicações pós-parto; -Prestação de cuidados à puérpera/casal/RN mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Referenciação para a equipa interdisciplinar em situações de doença identificados que não sejam da área de intervenção do EEESMO; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i>, no boletim de vacinas e no BSI/J; -Realização de passagem de turno, de acordo com a história clínica da puérpera e do RN e intercorrências, de modo a garantir continuidade de cuidados. 	<p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Balança; -Medidor de TA; -Termómetro; -Material de penso; -Fita métrica; -Documento para realizar rastreio de “Diagnóstico precoce”, lanceta ou agulha hipodérmica, compressas esterilizadas, penso rápido ou adesivo ; -Boletim de vacinas/vacinas; -Terapêutica; -Material de cateterização venosa periférica; -BSG; -BSI/J; -Computador. 	
<p>V)Envolver os pais/família no processo de cuidados ao</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acolhimento da mulher apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia; -Avaliação dos pais/família e identificação das necessidades, preocupações e receios; 	<p><u>Competências comuns do</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira orientadora; 	<p>02/06/2025 a 11/07/2025.</p>

<p>RN promovendo a sua autonomia;</p>	<p>-Prestação de apoio emocional aos pais; -Realização de educação para a saúde acerca dos cuidados a prestar ao recém-nascido aos pais de forma a capacitá-los (higiene e conforto (coto umbilical), aleitamento, eliminação (cólicas), prevenção de acidentes, manobra de engasgamento); -Avaliação se os ensinamentos realizados foram compreendidos; -Colaboração com os pais/família nos cuidados ao recém-nascido; -Promoção da vinculação e da parentalidade positiva; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i>.</p>	<p><u>enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2. <u>Competências Específicas do ESMO:</u> 4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p>-Equipa multidisciplinar; -Pais/família; -Estudante.</p>	
<p>VI)Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à mulher a vivenciar processo de saúde-doença ginecológica;</p>	<p>-Acolhimento da mulher apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia; -Realização da colheita de dados para a avaliação inicial (história clínica e obstétrica), de forma a obter uma prestação de cuidados mais individualizada; -Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades de cuidado da mulher; -Avaliação física e emocional da mulher (sinais vitais, peso, altura, IMC e estado geral); -Sensibilização da mulher para a importância da vigilância de saúde ginecológica adequada, regular e reforçar a importância da realização de exames complementares de diagnóstico; -Realização de educação para a saúde (autoexame mamário mensalmente, alterações físicas e psicológicas que possam sentir, DST's, cuidados perineais, prevenção de infeções génito-urinárias); -Colaboração e realização de colpocitologia e biópsia do colo do útero; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Referenciação para ginecologista em situações de doença/alterações anormais identificadas que não sejam da área de intervenção do EEESMO; -Colaboração na consulta médica de ginecologia, nomeadamente de patologia do colo do útero; -Realização de registos de enfermagem no programa informático <i>Sclínico</i>.</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2. <u>Competências Específicas do ESMO:</u> 6.1; 6.2; 6.3</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Estudante; -Utentes. <u>Materiais:</u> -Balança; -Medidor de tensão arterial/esfigmomanómetro e estetoscópio; -Material para colpocitologia (espéculo ginecológico, gel lubrificante, escova cervical, lâmina com extremidade foca ou meio líquido, fixador celular, recipiente para transporte da amostra); -Vacinas; -Métodos contraceptivos;</p>	<p>19/05/2025 a 30/05/2025.</p>

			-Computador.	
VII) Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e da melhoria da qualidade dos cuidados;	-Conhecimento da metodologia, organização de trabalho e protocolos internos dos serviços de consulta e internamento; -Conhecimento da gestão de recursos materiais e humanos, rentabilizando os recursos existentes na prática de cuidados; -Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis.	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B3; C1; C2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/grávida/puérpera/RN/família; -Estudante. <u>Materiais:</u> -Protocolos internos.	31/03/2025 a 11/07/2025.
VIII) Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática dos cuidados.	- Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados à mulher/grávida/puérpera/RN/família; - Realização de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora sobre a minha atuação em estágio, regularmente, de modo a evoluir positivamente e posteriormente prestar cuidados de qualidade à mulher/grávida/puérpera/RN/família; -Utilização de evidência científica na prática de cuidados; -Realização de dois momentos de avaliação com a enfermeira orientadora e docente orientadora.	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B2; C1; D1; D2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Estudante; -Docente orientadora.	31/03/2025 a 11/07/2025.

Tabela 2 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO na Gravidez Patológica, em Ginecologia e no Puerpério.

II. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

O estágio de ESMO na Sala de Partos será realizado num período total de 20 semanas com início a 28 de outubro de 2024 e com término a 28 de março de 2025 com a durabilidade de 500 horas, acompanhado por uma EEESMO. Este será desenvolvido num hospital de nível I de diferenciação obstétrica pertencente à ULS, no serviço de Bloco de Partos e Urgência Ginecológica e Obstétrica.

Com o intuito de orientar o estágio de ESMO na sala de partos, foram definidos os seguintes objetivos, cuidar da parturiente e recém-nascido em processos de saúde-doença; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em processos de saúde e doença; capacitar a parturiente/casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o trabalho de parto e parto ao nível dos cuidados hospitalares.

O bloco de partos e o serviço de urgência ginecológica e obstétrica do hospital é constituído por 5 salas de parto individuais, 2 gabinetes de observação, 1 sala de ecografias, 1 sala de CTG, 1 sala de tratamentos com cama, 1 sala de reanimação de RN, 1 sala de trabalho, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de espera, 1 sala polivalente, 2 vestuários para acompanhantes, 2 armazéns, 3 casas de banho para os profissionais de saúde e 4 casas de banho para os utentes. As salas de parto destinam-se à prestação de cuidados à grávida em trabalho de parto ou que necessite de cuidados relacionados com aborto ou a possíveis complicações do mesmo. Estas salas de parto apresentam uma cama de dilatação e parto, um CTG por *wireless* contínuo, um monitor cardíaco, bombas e seringas perfusoras, uma mesa de apoio, um candeeiro de iluminação, um armário de material esterilizado para o parto, rampas de oxigénio e vácuo para adulto e RN, um aspirador de secreções de alto e baixa pressão, um banco rodado, um sofá e uma cadeira de acompanhante, um relógio de parede e sistema de chamada.

Durante o internamento no bloco de partos, a mulher tem direitos a ter 2 acompanhantes, sendo que apenas pode ter um acompanhante consigo na sala de parto, podendo alternar com outra pessoa. Este pode permanecer junto de si ao longo de todo o internamento neste serviço, devendo utilizar equipamento de proteção individual.

A sala de reanimação de RN destina-se à prestação de cuidados imediatos ao RN e à reanimação neonatal, sendo constituída por 2 mesas de reanimação com todo o material necessário, uma banheira, uma incubadora e um armário com material de apoio.

A admissão no bloco de partos depende da avaliação da equipa especializada em ginecologia e obstetrícia do serviço. Alguns dos critérios de admissão são: grávida com rotura de membranas ou em trabalho de parto, com hemorragia ativa, com ameaça de parto pré-termo, com patologia em fase aguda, com indicação do trabalho de parto, com indicação para indução de aborto e puérpera com parto extra-hospitalar.

A equipa de bloco de partos é constituída por 2 médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, 1 anestesiológista, 1 neonatologista ou 1 pediatra com competências em neonatologia, 2 enfermeiros, sendo pelo menos 1 deles EEESMO, e 1 assistente operacional ou 2 no turno da manhã. Em caso de necessidade podem recorrer a outros profissionais de saúde que constituem toda a equipa multidisciplinar.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
<p>I) Conhecer as características do bloco de partos nomeadamente a sua estrutura física e dinâmica organizacional e integrar a sua equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher, RN e família;</p>	<p>-Conhecimento da estrutura física e da organização dos serviços; -Conhecimento e integração da dinâmica e do método de trabalho da equipa multidisciplinar, respeitando a forma de funcionamento da mesma; -Conhecimento do circuito para o internamento no bloco de partos da mulher/família; -Estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar; -Colaboração com a equipa multidisciplinar no cuidar da grávida/RN/família, de forma holística e individual respeitando as suas crenças e valores culturais e religiosos; -Conhecimento do funcionamento do sistema informático utilizado (<i>Sclinico</i>). -Conhecimento dos registos de enfermagem impressos e boletins de registo.</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; C1; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/RN/família. -Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u> -Impressos institucionais e boletins de registo.</p>	<p>28/10/2024 a 8/11/2024.</p>
<p>II) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família na admissão/acolhimento no serviço.</p>	<p>-Realização do acolhimento da mulher/família ao serviço, apresentando-me e demonstrando disponibilidade de forma a estabelecer relação de confiança e empatia; -Apresentação do circuito e do bloco de partos à mulher/família; -Realização da avaliação inicial e colheita de dados à mulher/família; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça...); -Avaliação emocional e das expectativas da mulher/família e validação do plano de parto (caso exista); -Atualização do plano de cuidados sempre que necessário; -Avaliação do bem-estar materno físico (sinais vitais, estado geral, pele e mucosas); -Avaliação obstétrica da mulher (manobras de Leopold e cervicometria); -Avaliação do bem-estar materno-fetal, através do CTG (colocação e interpretação); -Realização de registos no sistema informático <i>Sclinico</i>, nos impressos e no BSG.</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/RN/família. -Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u> -Impressos institucionais e boletins de registo; -BSG; -Luvas; -Computador; -CTG.</p>	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>
<p>III) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 1º estágio do trabalho de parto;</p>	<p>- Estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com a mulher/família, mostrando disponibilidade; -Promoção de um ambiente calmo, seguro e acolhedor à mulher/família; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo de informação, justiça, consentimento informado, livre e esclarecido);</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u></p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/família.</p>	

	<p>-Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de partos, de acordo com a escolha da mulher;</p> <p>-Avaliação do bem-estar materno físico e emocional;</p> <p>-Avaliação do bem-estar materno-fetal, com recurso ao CTG (colocação e interpretação);</p> <p>-Diferenciação entre trabalho de parto verdadeiro e falso;</p> <p>-Identificação da fase latente e ativa do 1º estágio do trabalho de parto;</p> <p>-Incentivo à deambulação e liberdade de movimentos, caso não haja contra-indicação;</p> <p>-Realização de educação para a saúde sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio e controlo da dor, e colaborar com a efetivação dessas medidas;</p> <p>-Colaboração na administração de terapêutica de alívio da dor (analgesia epidural/sequencial);</p> <p>-Administração de terapêutica durante o trabalho de parto, segundo indicação médica;</p> <p>-Incentivo à ingestão de líquidos claros e gelatina, caso não haja contra-indicação;</p> <p>-Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário fazer esvaziamento vesical;</p> <p>-Avaliação da evolução do trabalho de parto através da cervicometria e índice de Bishop:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Características do colo do útero (dilatação, apagamento, consistência e posição); ✓ Identificação da apresentação fetal; ✓ Identificação da altura da apresentação fetal através do plano de Hodge/Lee. <p>-Observação da integridade das membranas (íntegra ou rota);</p> <p>-Colaboração ou realização de amniotomia, de acordo com o protocolo do hospital e respeitando as preferências da parturiente;</p> <p>-Identificação e caracterização do líquido amniótico em caso de rotura espontânea ou artificial das membranas (cor, consistência, cheiro e quantidade);</p> <p>-Registo e interpretação da evolução do trabalho de parto no partograma, assim que se inicie a fase ativa do trabalho de parto;</p> <p>-Identificação do risco materno-fetal e referência para equipa interdisciplinar;</p> <p>-Realização de registos de enfermagem no <i>Sclínico</i>, partograma e impressos institucionais.</p>	<p>A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<p>-Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>-Bola de pilates, bola amendoim e fitas suspensas;</p> <p>-CTG;</p> <p>-Material para cateterizar veia periférica;</p> <p>-Material para realizar amniotomia;</p> <p>-Material para realização de esvaziamento vesical, se necessário;</p> <p>-Fármacos;</p> <p>-Impressos institucionais (partograma);</p> <p>-Luvas;</p> <p>-Computador.</p>	
<p>IV) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 2º estágio do trabalho de parto;</p>	<p>- Estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com a mulher/família, mostrando disponibilidade;</p> <p>-Promoção de um ambiente calmo, seguro e acolhedor à mulher/família;</p> <p>-Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo de informação, justiça, consentimento informado, livre e esclarecido);</p> <p>-Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de partos, de acordo com a escolha da mulher;</p> <p>-Reconhecimento do período expulsivo através da avaliação de trabalho de parto e pela vontade expressa pela mulher em realizar esforços expulsivos;</p> <p>-Reconhecimento da altura ideal para realizar esforços expulsivos;</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira orientadora e outra EEESMO;</p> <p>-Equipa multidisciplinar;</p> <p>-Mulher/RN/família.</p> <p>-Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u></p>	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessária realização de esvaziamento vesical; -Colocação de todo o material necessário na sala de parto e validação do seu funcionamento; -Incentivo à alternância de posicionamento, de acordo com a situação mais favorável para o parturiente, para o parto e para o feto; -Avaliação dos BCF e da contratilidade uterina, através do CTG; -Administração de oxitocina de acordo com o protocolo da instituição; -Ensino sobre a forma correta de respiração durante os esforços expulsivos e do descanso entre as contrações; -Incentivo ao acompanhante para participar no trabalho de parto; -Reforço positivo à mulher ao longo de todo o período expulsivo; -Identificação da apresentação, variedade, situação, descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal; -Realização de episiotomia, se necessário, após avaliar as características dos tecidos perineais, pedindo o consentimento informado, livre e esclarecido à mulher (médio-lateral); -Realização da manobra de Ritgen; -Verificação da existência de circular cervical do cordão umbilical; -Apoio na exteriorização do feto pelo desenclavamento anterior e posterior dos ombros. Em caso de distócia realizar as manobras de <i>McRoberts</i> e <i>Rubin I</i>; -Realização da expressão manual torácica e das vias aéreas do RN para libertar os fluidos do parto; -Promoção do contato pele a pele, caso a mãe e o RN se encontrem estáveis, promovendo a vinculação entre a tríade; -Laqueação do cordão umbilical após parar de pulsar com o <i>clamp</i> apropriado e pinça de Kocker (incentivo ao acompanhante realizar o corte do cordão entre as duas laqueações, caso desejem. Caso contrário, o profissional de saúde é o responsável pelo corte); -Observação e determinação da hora de nascimento; -Identificação do risco materno-fetal e referência para equipa interdisciplinar; -Colaboração com o obstetra em partos distócicos; -Realização de registos de enfermagem no <i>Sclínico</i>, BSG e impressos institucionais. 	<p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -CTG; -Material para realização de esvaziamento vesical, se necessário; -Fármacos; -Impressos institucionais (partograma); -Luvas; -Material de apoio de parto; -BSG; -Computador. 	
<p>V) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 3º estágio do trabalho de parto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promoção de um ambiente calmo, seguro e acolhedor à mulher/família; -Prestação de cuidados à mulher mantendo a ética e deontologia da profissão; -Posicionamento da mulher em <i>semi-fowler</i>; -Explicação à mulher do procedimento, para obter o seu consentimento e cooperação, transmitindo calma e confiança; -Avaliação do estado físico e emocional da mulher (estado geral, sinais vitais); -Realização da colheita de sangue umbilical após a clampagem do cordão de acordo com o protocolo de incompatibilidade Rh e ABO; 	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora e outra EEESMO; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/família. -Estudante.</p>	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>

	<p>-Realização de colheita de células estaminais, se previamente solicitado;</p> <p>-Reconhecimento dos sinais de descolamento da placenta (útero passa de discoide para ovoide, perda de sangue súbita pelo introito vaginal, alongamento do cordão umbilical, aumento do volume na vagina);</p> <p>-Execução da dequitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conduta ativa ou passiva; ✓ Incentivo à mulher a fazer esforços expulsivos; ✓ Realização da manobra de <i>Jacob-Dublin</i> (movimentos de rotação para exteriorizar placenta completa e membranas íntegras); <p>-Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Duncan ou Shultz);</p> <p>-Verificação do globo de segurança de Pinard, através da palpação uterina;</p> <p>-Avaliação da quantidade de perdas sanguíneas vaginais;</p> <p>-Observação da placenta, das membranas e do cordão umbilical, com o objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias;</p> <p>-Acondicionamento da placenta em saco próprio;</p> <p>-Realização de expressão uterina para exteriorizar qualquer coágulo do útero;</p> <p>-Observação do períneo e do canal de parto para identificar tecidos lesionados;</p> <p>-Em caso de sutura perineal por episiotomia ou laceração:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informo e peço consentimento à mulher para realização do procedimento; ✓ Administração de anestesia local, caso não tenha analgesia epidural; ✓ Realização de sutura por planos; ✓ Realização de toque retal para avaliar compromisso do esfíncter anal; ✓ Observação da região perineal suturada da mulher e higienização. <p>-Identificação de desvios da normalidade e encaminhamento para equipa interdisciplinar;</p> <p>-Realização de educação para a saúde sobre os cuidados perineais, prevenção de infeções e lóquios;</p> <p>-Realização de registos de enfermagem no <i>Sclínico</i> e impressos institucionais.</p>	<p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fármacos; -Impressos institucionais (partograma); -Luvas esterilizadas; -Compressas esterilizadas; -Material de apoio de parto; -Material para suturar; -Impressos institucionais; -Computador. 	
<p>VI) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/RN/família durante o 4º estágio do trabalho de parto;</p>	<p>-Promoção de um ambiente calmo, seguro e acolhedor à mulher/RN/família;</p> <p>-Prestação de cuidados à mulher/RN/família mantendo a ética e deontologia da profissão;</p> <p>-Promoção do contato pele a pele entre RN e mãe, favorecendo a vinculação;</p> <p>-Promoção e apoio de amamentação na primeira hora de vida do RN, de acordo com as condições da mãe e do bebê/desejo da mãe em amamentar;</p> <p>-Avaliação física e emocional da mulher (estado geral, sinais vitais, mamas, útero, períneo e membros inferiores);</p> <p>-Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realizar esvaziamento vesical;</p> <p>-Exteriorização do cateter epidural;</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Mulher/RN/família. -Estudante. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Material para realização de 	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>

	<p>-Realização de educação para saúde indo ao encontro das dúvidas e necessidades da mulher/família (amamentação, alimentação, eliminação, higiene, entre outros);</p> <p>-Identificação de desvios da normalidade e encaminhamento para equipa interdisciplinar;</p> <p>-Encaminhamento da mulher/RN/família para o serviço de internamento de puérperas e transmitir informação clínica;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem no <i>Scĺnico</i> e impressos institucionais.</p>	<p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3. 4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p>esvaziamento vesical, se necessário;</p> <p>-Impressos institucionais;</p> <p>-Computador.</p>	
<p>VII) Prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN;</p>	<p>-Validação da presença e funcionamento de todos os materiais e equipamentos da sala de reanimação;</p> <p>-Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e aquecido para receber o RN;</p> <p>-Colocação do pano esterilizado aquecido previamente para receber o RN;</p> <p>-Secagem rápida do RN com movimento suaves, mantendo a cabeça coberta (para evitar perdas de calor);</p> <p>-Colocação precoce do RN em contato pele a pele com a mãe;</p> <p>-Prestação de cuidados ao RN informando a mulher/família dos cuidados prestados;</p> <p>-Observação e determinação da hora de nascimento;</p> <p>-Avaliação do índice de APGAR (ao 1º, 5º e 10º minuto de vida);</p> <p>-Encaminhamento do RN para sala de reanimação para realização de cuidados imediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocação de RN sob fonte de calor; ✓ Aspiração do RN, se necessário; ✓ Administração de 1mg de Fitomenadiona por via intramuscular; ✓ Avaliação física, neurológica e comportamental do RN, para detetar malformações; ✓ Avaliação do peso do RN; ✓ Realização de banho imediatamente se RN envolvido em mecónio ou mais com Vírus de Imunodeficiência humana (VIH) confirmado ou suspeita; ✓ Colocação de pulseira de identificação no RN e pulseira anti rapto; ✓ Colaboração com pediatria na reanimação neonatal, se necessário; ✓ Encaminhamento do RN para junto dos seus pais. <p>-Encaminhamento para o serviço de neonatologia se indicação médica e informada família;</p> <p>-Avaliação da glicémia capilar conforme protocolo institucional;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem no <i>Scĺnico</i>, no BSI/J e impressos institucionais.</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p><u>Competências Específicas do ESMO:</u> 3.1; 3.2; 3.3. 4.1; 4.2; 4.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira orientadora;</p> <p>-Equipa multidisciplinar e pediatra;</p> <p>-Mulher/RN/família.</p> <p>-Estudante.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>-Luvas;</p> <p>-Pano aquecido;</p> <p>-Mesa de apoio ao RN, com fonte de calor e balança;</p> <p>-Equipamentos de sala de reanimação;</p> <p>-Fitomenadiona (agulha e seringa) e terapêutica de emergência;</p> <p>-Roupa aquecida;</p> <p>-Computador;</p> <p>-Impressos institucionais;</p> <p>-BSI/J.</p>	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>
<p>VIII) Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e da</p>	<p>-Conhecimento da metodologia, organização de trabalho e protocolos internos dos serviços de consulta e internamento;</p> <p>-Conhecimento da gestão de recursos materiais e humanos, rentabilizando os recursos existentes na prática de cuidados;</p>	<p><u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u></p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Enfermeira orientadora;</p>	<p>28/10/2024 a 28/03/2025.</p>

melhoria da qualidade dos cuidados;	-Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis; -Participação e gestão de transferências da mulher/RN para outro serviço.	B3; C1; C2.	-Equipa multidisciplinar; -Mulher/RN/família; -Estudante.	
IX) Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática dos cuidados.	- Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados à mulher/RN/família; -Realização de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, regularmente, de modo a evoluir positivamente e posteriormente prestar cuidados de qualidade à mulher/RN/família; -Utilização de evidência científica na prática de cuidados; -Realização de vários momentos de avaliação com a enfermeira orientadora e docente orientadora.	<u>Competências comuns do enfermeiro especialista:</u> B2; C1; D1; D2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; -Estudante; -Docente orientadora.	28/10/2024 a 28/03/2025.

Tabela 3 – Projeto de aprendizagem relativo ao estágio de ESMO na Sala de Parto.

III. Componente de investigação

Segundo a OMS (1992) citado por APF (2024), a sexualidade pode ser definida como “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde mental”. Sendo influenciada por pensamentos, sentimentos, ações e interações, por outro lado pode ser limitada pelos mitos, tabus, preconceitos e relações desiguais de poder entre mulher e homem existentes na sociedade.

A sexualidade abrange diversas componentes, tais como a biológica, a social, a cultural e a ética, no entanto por diversos motivos pode ser necessário alterar alguns aspetos, o que deve ser considerado foco de atenção para os profissionais de saúde (Coelho, 2016). Quando se aborda a temática sexualidade, por norma o sexo é a primeira dimensão a ser destacada, no entanto esta não se restringe apenas ao ato sexual, à gentilidade ou a função biológica responsável pela reprodução. Corresponde a uma necessidade humana básica, que se manifesta de forma diferente em cada um conforme as suas experiências de vida, os hábitos, os contextos onde estão inseridos e as relações, desde o nascimento até à morte (Maciel, 2011; Rocha, 2020).

O conceito de sexualidade tem vindo a evoluir ao longo do tempo, e assume uma dimensão ampla, essencial e presente em todas as fases do ciclo de vida, que tende a sobressair-se em determinados momentos, nomeadamente do processo gravídico-puerperal. Ou seja, durante esta etapa de vida pode assumir-se como um desafio para os casais, pelo que se torna necessário um apoio diferenciado e especializado.

Na gravidez, a sexualidade é um tema desafiante, no entanto começa a ser cada vez mais abordado de forma a desmistificar mitos, crenças, valores morais e culturais e preconceitos existentes. Este período é marcado por alterações físicas, psíquicas e emocionais que podem interferir com a forma como a mulher e/ou casal vive a sua sexualidade. No entanto, a falta de informação na comunidade e junto dos casais que se preparam para ser pais acarreta preocupações sobre os malefícios e as consequências que a prática sexual pode trazer, o que leva à sua privação impede que desfrutem da sexualidade de forma plena. A vivência da sexualidade exige abertura na comunicação, compreensão, suporte mútuo, flexibilidade e criatividade (Coelho, 2016; Maciel, 2011). As principais barreiras à prática sexual entre grávida e o seu companheiro prendem-se nas variações hormonais que podem tanto ampliar as sensações como limitá-las, no medo/receio relacionado com o bem-estar do feto, no pavimento pélvico e na imagem corporal, face à falta de conhecimentos, aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, o que se pode traduzir na mudança do comportamento sexual por parte da mulher devido a perda de desejo (Moreira, Henriques, & Frias, 2022).

A gravidez não deve ser uma barreira à vivência plena da sexualidade, seja individual ou coletiva, salvo indicação dos profissionais de saúde, a desinformação assume aqui um papel preponderante. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde informar a mulher e/ou casal durante as consultas de vigilância pré-natal e esclarecer sobre a sexualidade durante a gravidez. Ou seja, devem explicar todas as transformações físicas e psicológicas e qual o impacto que estas podem provocar nas respostas sexuais físicas e emocionais (DGS, 2015). De acordo com o regulamento de competências do EEESMO, este assume o papel “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13561).

Com tudo o que foi mencionado e após fazer uma reflexão crítica sobre a vivência da sexualidade na gravidez, tornou-se para mim importante abordar esta temática ao longo da realização do estágio nos diversos contextos apresentados. Com o intuito de construir uma questão de investigação, relacioná-la com a intervenção do EEESMO e posteriormente incluí-la no relatório final do estágio.

Considerações Finais

O presente projeto de aprendizagem apresenta-se como uma ferramenta essencial ao desenvolvimento da minha aprendizagem enquanto mestranda. Este instrumento visa organizar e estruturar todo o percurso a desenvolver ao longo dos diversos locais de estágio, permitindo assim uma maior aquisição de competências e experiências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à mulher/grávida/puérpera/RN/família, em diferentes contextos da comunidade em situações de saúde e ao longo do ciclo vital.

Para a realização do projeto apresentado baseei-me na minha observação em campo de estágio ao longo da primeira semana, em todos os conhecimentos adquiridos ao longo do 1º ano do curso MESMO e na documentação existente pela qual o EEESMO se rege (regulamento n.º 391/2019).

Espera-se que ao longo do estágio seja possível alcançar todos os objetivos delineados em todos contextos e posteriormente desenvolver as competências específicas do EEESMO. Apesar de tencionar cumprir todas as atividades planeadas, reforço que as mesmas podem sofrer alterações consoante as oportunidades de aprendizagem que podem surgir e também de acordo com as necessidades dos diversos locais de estágio.

Referências Bibliográficas

- Associação para o Planeamento Familiar (APF). (2024). *Sexualidade*. <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Coelho, M. J. (2016). *O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/18130>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Maciel, P. D. (2011). *Sexualidade na gestação: Ações de enfermagem no atendimento pré-natal*. [Trabalho de conclusão de curso de especialização em enfermagem obstétrica] Universidade Federal de Minas Gerais. <https://hdl.handle.net/1843/BUBD-9DNG9B>
- Moreira, A. G., Henriques, C. M., & Frias, A. M. (2022). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Alterações da sexualidade durante a gravidez uma revisão sistemática*. Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220609206>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 85, de 3 de maio de 2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Rocha, R. S. (2020). *Guia da Gravidez Ativa. Atividade física, Exercício, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto*. Escola Superior de Saúde de Rio Maior.

APÊNDICE II – *Checklist* da Consulta de Obstetrícia no Hospital

Checklist Consulta de Obstetria



Análises

- 1º Trimestre
- 2º Trimestre
- 3º Trimestre

Ecografias

- 1º Trimestre
- 2º Trimestre
- 3º Trimestre
- PTGO

Folhetos

- 1º Trimestre
- 2º Trimestre
- 3º Trimestre
- Lista da Mala da Maternidade
- Curso Preparação Parto - Gentle Birth
- Vacina Difteria, Tétano e Tosse Convulsa
- Imunoglobulina anti-D
- Pesquisa de Streptococcus B

**APÊNDICE III – Póster sobre Intervenção do Enfermeiro na
Vivência da Sexualidade na Gravidez**



Jornadas Internacionais EdSex-Évora
Sexualidade em Foco: Diálogos e
Desafios no Ensino Superior



A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

Autores: Carolina Leitão¹, Susana do Vale²

Afiliação: ¹Enfermeira na Unidade Local de Saúde [redacted] Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém; ²Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, Docente Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Évora e na Escola Superior de Saúde de Santarém


INTRODUÇÃO


A sexualidade é uma dimensão singular do ser humano presente em todas as fases do ciclo de vida, nomeadamente o ciclo gravídico.

A gravidez é influenciada por diversos fatores, pelo que a forma como a mulher vive a sexualidade depende dos seus valores, preocupações e falta de conhecimento. Face às suas alterações pode interferir com a atividade sexual e intimidade da mulher/casal.


O enfermeiro, em consulta de vigilância pré-natal assume um papel preponderante no acompanhamento e esclarecimento da mulher.

OBJETIVOS

 Compreender como é vivenciada a sexualidade da mulher na gravidez;

 Conhecer as intervenções do enfermeiro em mulher/casais na gravidez, na vivência da sua sexualidade.

METODOLOGIA

 Revisão narrativa;
Publicações de 2020 a 2025;
Termos Cuidados de enfermagem; gravidez; mulher; sexualidade; saúde sexual.

RESULTADOS

A gravidez constitui-se um desafio adaptativo, caracterizado – Alterações fisiológicas (náuseas, vômitos, fadiga, sono, congestão pélvica e aumento do volume abdominal); Alterações psicológicas e sociais (ansiedade, sensação de perda de atratividade, diminuição da autoimagem e autoestima, preconceitos e mitos) – Influenciam a dinâmica familiar e relação conjugal – Consequentemente a vivência da sexualidade^{2,3,5}.

Realização da atividade sexual ao longo da gravidez²

1º Trimestre ↓ 2º Trimestre ↑ 3º Trimestre ↓

Apesar de a expressão da sexualidade depender da perceção que cada mulher tem de si própria, geralmente é evidente uma vivência negativa na gravidez^{1,4,5}.

Com o avanço da gravidez é relatada disfunção sexual, decorrente das lacunas existentes ao nível do conhecimento sobre a sexualidade na gravidez^{1,3,5}.

CONCLUSÕES

Atualmente, a sexualidade na gravidez continua a ser pouco abordada face ao preconceito na sociedade, o que se traduz na incapacidade da mulher/casal a desfrutar plenamente.

Consulta de vigilância pré-natal – Surge como oportunidade para o enfermeiro incluir a educação sexual e se centrar em aspectos promotores para a vivência saudável da sexualidade. Através do fornecimento de informação e apoio, aconselhamento sexual, desmistificação de crenças e esclarecimento de dúvidas.

REFERÊNCIAS

Carvalho, S., & Silva, M. (2020). *Ciclo de vida: sexualidade ao longo da vida* (1ª ed., Vol. 2). Lisboa: Alameda. (Data de acesso: 10 de Maio de 2022).

Dias, M., & Mendonça, M. J. (Previsão de 2022). *Sexualidade*. Livro de Saúde Sexual, Educativa, Prevenção, Diagnóstico e Saúde da Mulher e da Criança. (Data de acesso: 10 de Maio de 2022).

Freitas, S. M., Mendes, S. C., & Rodrigues, C. M. (2022). *Libertação em Saúde para uma Gravidez Saudável: Promoção de Saúde no Período Pré-Natal*. Alterações da sexualidade durante a gravidez: uma revisão narrativa. 1, 1, 39 - 100. São Paulo, Brasil: <https://doi.org/10.31002/2022090029>

Lopes, M. S. (2022). *A Vivência da Sexualidade na Gravidez*. Évora, Portugal: Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem do Alto Alentejo. (Data de acesso: 10 de Maio de 2022).

Nelson, J. S. (Data de acesso: 2022). *Desafios da Saúde da Mulher em Período Clínico e da Saúde*. Subárea de Especialização em Perinatologia e Pediatria em Saúde Sexualidade e Saúde. Bolão Publicações sobre a Prática de Saúde e do Alto Alentejo em Saúde Sexualidade e na Região do Alentejo. 1. Évora, Portugal: Universidade de Évora. (Data de acesso: 10 de Maio de 2022).



APÊNDICE IV – Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Cuidados à Puérpera

Plano de sessão de educação para a saúde

Curso/Unidade Curricular: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Sessão: “Cuidados à puérpera” – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

Público-alvo: Grávidas com idade gestacional igual e/ou superior a 28 semanas.

CrITÉRIOS de seleção: Mulheres residentes no concelho de [REDACTED] e inscritas na UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) de [REDACTED], na USF (Unidade de Saúde Familiar) [REDACTED].

Formador(es): Mestranda Carolina Leitão e Enfermeira Especialista Carla Ramos

Local: UCSP [REDACTED] (sala de reuniões)

Duração: 60 minutos, com início às 15h e término às 16h.

Data: 22/10/2024

Objetivo geral:

→ Dar a conhecer às grávidas os principais cuidados a adotar durante o puerpério.

Objetivo(s) específico(s):

→ Identificar e compreender as recomendações atuais dos cuidados a adotar no puerpério;

→ Sensibilizar as mulheres grávidas acerca da importância do autocuidado, vigilância e acompanhamento no puerpério;

→ Reconhecer a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na educação para a saúde na gravidez e puerpério.

Etapas	Conteúdos programáticos	Metodologia	Atividades	Recursos materiais	Tempo previsto	Avaliação
Introdução	-Apresentação das formadoras; -Identificação dos objetivos da sessão de educação para a saúde; -Exposição dos conteúdos a abordar durante a sessão de ensino.	Expositiva	As formadoras com recurso a uma apresentação PowerPoint apresentam os conteúdos programáticos.	-Sala de reuniões devidamente equipada com cadeiras e mesas; -Computador; -PowerPoint; -Projektor.	5 minutos.	Avaliação formativa.
Desenvolvimento	-Caracterização do puerpério e das alterações fisiológicas e psicológicas que podem surgir; -Explicação dos cuidados recomendados relacionados com a higiene e vestuário, mamas e mamilos, períneo e à sutura, alimentação, atividade física e postura, sono e repouso e sexualidade; -Apresentação das complicações pós-parto mais frequentes e quais os cuidados a ter; -Exposição dos sinais de alerta no puerpério; -Explicação da importância da consulta de revisão do puerpério e da autovigilância; -Apresentação de noções acerca do planeamento familiar e dos anticoncecionais disponíveis no pós-parto.	Expositiva e interrogativa	As formadoras descrevem todos os conteúdos programáticos de forma clara, permitindo em qualquer momento a sua interrupção para a exposição de dúvidas e questões.	-Sala de reuniões devidamente equipada com cadeiras e mesas; -Computador; -PowerPoint; -Projektor.	40 minutos.	Avaliação formativa.
Conclusão	-Sensibilização das mulheres quanto à importância do autocuidado e da realização de atividades benéficas para si própria. -Reflexão sobre os conhecimentos transmitidos; -Abertura de espaço para exposição de dúvidas e questões; -Agradecimentos.	Interrogativa	As formadoras em conjunto com as formandas refletem e discutem sobre os conteúdos abordados.	-Sala de reuniões devidamente equipada com cadeiras e mesas; -Computador; -PowerPoint; -Projektor.	15 minutos.	Avaliação diagnóstica e formativa.

APÊNDICE V – Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde: Cuidados à Puérpera

Cuidados à Puérpera



21 de Outubro de 2024

Docente: Professora Susana Delgado

Enfermeira Orientadora: Carla Ramos

Discente: Carolina Leitão, nº 230000195

01 Puerpério e alterações físicas e psicológicas

02 Cuidados de higiene e vestuário

03 Cuidados com as mamas e mamilos

04 Cuidados ao períneo e à sutura

05 Alimentação

06 Atividade física e postura

07 Sono e repouso

08 Sexualidade

09 Complicações no puerpério e cuidados

agenda

10 Sinais de alerta

11 Consulta de revisão do puerpério

12 Planeamento familiar



01 Puerpério e alterações físicas e psicológicas

Puerpério



Corresponde ao período que compreende as primeiras 6 semanas após o parto.

É uma fase marcada por transformações fisiológicas e psicológicas na mulher, que contribuem para a recuperação do seu organismo.

(Gomes & Santos, 2017; Ferreira, 2016; DGS, 2015)



Peso



Útero



Colo do útero



Lóquios



Abdómen

Vagina e períneo



Sistema urinário



Sistema endócrino



Sistema gastrointestinal



Alterações físicas

(Mesquita, Paulino & Nogueira, 2011; Ferreira, 2016; Leitão, 2016)

Lóquios

Hemáticos → 1º ao 4º dia

Serohemáticos → 5º ao 10º dia

Serosos → > 10º dia

Pode durar até 15 dias!

**CASO SURJA CHEIRO ANORMAL,
DEVE COMUNICAR DE IMEDIATO
AO ENFERMEIRO/MÉDICO DE
FAMÍLIA!!**



(Ferreira, 2016)

Alterações psicológicas

1) Blues pós-parto

Estado resultante das mudanças de humor relacionadas com a reorganização hormonal e metabólica do parto

Primeiros dias do pós-parto, com pico entre o 3º e o 5º dia.



- Choro fácil
- Labilidade emocional
- Ansiedade
- Fadiga
- Irritabilidade

- Dificuldade na adaptação à mudança
- Alterações na memória e atenção

(Leitão, 2016)

2) Depressão pós-parto

Alterações psicológicas



Perturbação emocional, estado de tristeza profunda e persistente, com apatia e desinteresse que cria dificuldade na ligação com o bebé.

Primeiros dias até 1 ano pós-parto (mais frequente entre a 2ª semana e o 3º mês).



- Tristeza persistente
- Choro fácil
- Irritabilidade
- Perda de interesse nas atividades do quotidiano



- Insónia
- Agitação ou lentificação psicomotora
- Sensação constante de exaustão
- Falta de concentração e memória
- Ideação suicida



(Leitão, 2016)

3) Psicose puerperal

Alterações psicológicas



Conjunto de manifestações delirantes agudas associadas a uma mudança brutal do humor.

Nas primeiras 6 semanas



- Ideias delirantes, agressivas e com foco no bebé
- Alucinações
- Confusão/desorientação



(Leitão, 2016)

02 Cuidados de higiene e vestuário



- Banho diário, de chuveiro, com água e sabão/gel de ph neutro;
- Usar roupas largas, confortáveis e de fibras naturais;
- Usar soutien de suporte, com alças ajustáveis, de algodão e de tamanho adequado;
- O uso de cinta abdominal não é recomendado, no entanto cabe a mulher decidir a sua utilização para conforto.

(Portelinha, 1999; Leitão, 2016)

03 Cuidados com as mamas e mamilos

- Lavar as mamas com água corrente 1 vez dia (durante a higiene);
- Lavar as mãos antes e após amamentar;
- Limpar/secar o mamilo antes de amamentar;
- Manter os mamilos secos;
- Arejar o mamilo (conchas ou exposição direta ao ar);
- Se amamentar, observar se a pega do bebé está correta;
- Utilizar o leite como camada protetora dos mamilos após amamentar;
- Esperar que o bebé largue o mamilo espontaneamente ou interromper com a colocação de um dedo.;
- Uso de compressas mornas antes das mamadas e frias após.



(Santos & Baptista, 2016)

04 Cuidados ao períneo e à sutura

Períneo

- Realizar higiene perineal sempre que for à casa de banho;
- Realizar a higiene perineal da frente para trás;
- Lavar sempre as mãos, antes e depois de mudar o penso higiênico;
- Mudar o penso higiênico frequentemente (2 a 4 horas, dependendo das perdas vaginais);
- Aplicar gelo, se necessário.

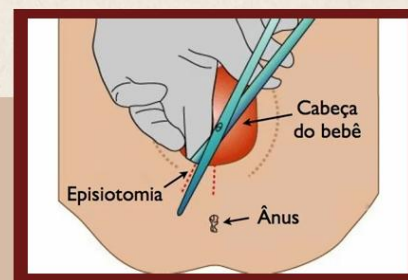


(Santos & Baptista, 2016)

04 Cuidados ao períneo e à sutura

Cuidados com a episiotomia/laceração

- Os cuidados referidos anteriormente;
- Não utilizar tampões;
- Manter a pele limpa e seca;
- Se dor no local usar almofada tipo “donut” ou toalha dobrada;
- Usar roupa íntima confortável e de algodão.



(Santos & Baptista, 2016)

04 Cuidados ao períneo e à sutura

Cuidados com a sutura abdominal

- Manter o penso limpo e seco;
- Evitar molhar o penso durante o banho;
- Se o penso se encontrar repassado, contatar a(o) enfermeira(o) de família;
- Saber identificar sinais inflamatórios, como dor, rubor, calor no local da ferida e febre;
- Antes de retirar os pontos/agafos deve evitar esforços, e depois de os retirar manter a ferida limpa e seca e massajar com pomada cicatrizante.



(Santos & Baptista, 2016)

05 Alimentação

✗ Não existem restrições dietéticas!

- A alimentação deve ser diversificada e equilibrada, com a maior quantidade de alimentos frescos;
- Consumir muita água (1,5l/dia), principalmente quem amamenta;
- Evitar bebidas excitantes, como chá, café, refrigerantes e bebidas alcóolicas.



(Mesquita, Paulino & Nogueira, 2011; Portelinha, 1999)

06 Atividade física e postura



O retorno ao exercício ou incorporar novas rotinas após o parto é importante para promover um estilo de vida saudável.

Proporciona relaxamento corporal, psicológico, melhora o funcionamento vesical, intestinal e da coluna.

Deve ser realizado consoante a vontade, o interesse da mulher e executados de forma gradual.

Depende

- Tipo de parto
- Motivação da mulher
- Desconfortos sentido durante o exercício físico
- Diástase abdominal

(Santos & Baptista, 2016; Maranhão, 2016)

06 Atividade física e postura



Parto via vaginal

- Iniciar após a 2ª semana pós-parto;
- Atividades como caminhadas, fortalecimento do pavimento pélvico e alongamentos.

Cesariana

- De forma geral, podem iniciar entre as 4 e as 6 semanas pós-parto;
- Com autorização médica;
- O início da atividade depende de fatores como: pressão arterial, anemia, fadiga, controlo da dor e cicatrização da ferida cirúrgica.

Amamentação

- Amamentar antes ou 1 hora após a realização de exercício intenso.

(Santos & Baptista, 2016; Maranhão, 2016)

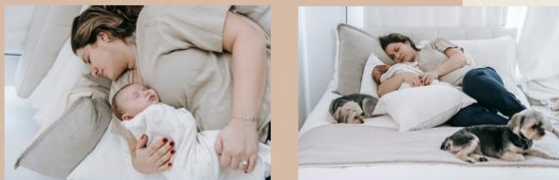
06 Atividade física e postura



(Santos & Baptista, 2016; Maranhão, 2016)


07 Sono e repouso


- Gerir o ambiente (sem luz, sem ruído e com temperatura adequada);
- Utilizar técnicas de relaxamento (colocar música...);
- Evitar ou reduzir o consumo de bebidas que possam interferir com o sono;
- Aproveitar o tempo que o bebé dorme para descansar;
- A presença e o apoio do pai/acompanhante podem auxiliar no descanso da mulher, ao substituírem-na na prestação dos cuidados ao recém-nascido.



(Mesquita, Paulino & Nogueira, 2011)

08 Sexualidade

 **Recomendado**



O reinício da atividade sexual está aconselhado após a 1ª consulta pós-parto.

Caso o casal queira, dependendo da capacidade física e psicológica, podem iniciar a vida sexual a partir da 3ª/4ª semana após o parto. Caso não apresente perdas sanguíneas vaginais e se a sutura perineal estiver cicatrizada.

(Santos & Baptista, 2016; Grincho, 2013)

08 Sexualidade

Fatores que influenciam:

- Cansaço;
- Preocupações e responsabilidades decorrentes do papel parental;
- Episiotomia/lacerações.

Amamentação

Influencia a sexualidade

- Pode aumentar ou diminuir o interesse
- Diminui a lubrificação



```
graph TD; A[↓ Estrogénios] --> B[↓ Lubrificação]; B --> C[Dispaurenia];
```



(Santos & Baptista, 2016; Grincho, 2013)

09 Complicações pós-parto



Tromboflebite

- Observação diária dos membros inferiores;
- Início precoce da deambulação;
- Primeiros movimentos suaves e com pouco esforço;
- Quando em repouso, elevar os membros;
- Utilizar meias elásticas.

Hemorroidas

- Aplicação de gelo;
- Fazer a higiene, alternando água fria e morna no local da hemorroida;
- Adotar posições de alívio da dor.

(Santos & Baptista, 2016)

10 Sinais de alerta



- Febre**
- Aumento de hemorragia vaginal**
- Corrimento vaginal com cheiro fétido**
- Desconforto ao urinar**
- Dor intensa nas mamas, na episiorrafia ou na ferida cirúrgica abdominal, Inchaço nas pernas**
- Falta de ar**

(Santos & Baptista, 2016)

11 Consulta de revisão do puerpério

Quando?

Entre as 4 e as 6 semanas pós-parto

Para quê?

- 1) Avaliar o estado de saúde (físico, emocional e social) da mulher, recém-nascido e família bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel
- 2) Corrigir/tratar situações de dificuldade durante o puerpério



(DGS, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2016)

12 Planeamento familiar

DIREITO

Que os casais têm de decidirem quantos filhos querem ter e quando os querem ter!

RECOMENDADO

Intervalo entre gestações de cerca de 2 anos

INFORMAÇÕES

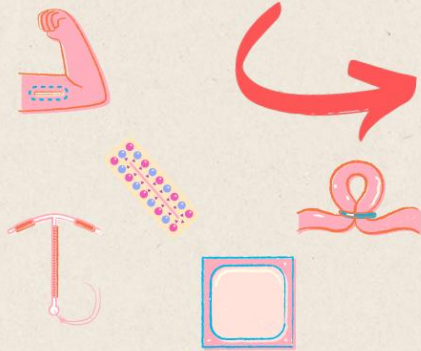
Na mulher que não amamenta o retorno à fertilidade ocorre cerca de 4 semanas após o parto.



(DGS, 2008)

12 Planeamento familiar

Anticoncepcionais no pós-parto



MÉTODO CONTRACEPTIVO	INÍCIO DA CONTRAÇÃO	
	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO MISTO OU ARTIFICIAL
AMENORRÉIA LACTACIONAL	imediatamente após o parto	não aplicável (NA)
VASECTOMIA	imediatamente após parto ¹	
LAQUEAÇÃO DE TROMPAS	nos primeiros 7 dias ou a partir das 6 semanas pós-parto	
DIU COM COBRE	nas primeiras 48h ou a partir das 4 semanas pós-parto	
DIU COM LEVONORGESTREL	a partir das 4 semanas pós-parto	
COC	6 meses após o parto ²	21 dias após o parto se não amamenta
ANEL VAGINAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
ADESIVO		
POC	6 semanas após o parto ²	imediatamente se não amamenta
INJECTÁVEL TRIMESTRAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
IMPLANTE		
PRESERVATIVOS	imediatamente após o parto	
DIAPHRAGMA	6 semanas após o parto	
MÉTODO DE AUTOOBSERVAÇÃO		quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal
CALENDÁRIO		após 3 ciclos menstruais regulares

1- se a vasectomia for realizada nos primeiros 6 meses da gravidez da companheira, já será eficaz depois do parto.
2- a utilização mais precoce não está recomendada, a não ser que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis por critérios médicos e/ou pessoais.

(DGS, 2008)

Cuida de ti!

Conselhos:

Cuidar da auto imagem.

Ir a locais que gosta (às compras, ao cinema, sair com as amigas).

Realizar atividade física a seu gosto.



Cuida da tua autoestima!

Para cuidares do teu bebé tens de cuidar de ti!



Referências Bibliográficas

- DGS. (2008). Orientações Direção Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, 51-54. Lisboa, Portugal: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Obtido em 05 de Outubro de 2024
- DGS. (Novembro de 2015). Consulta do Puerpério. Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco, 77-82. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Obtido em 05 de Outubro de 2024
- Ferreira, A. F. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel. Obtido em 01 de Outubro de 2024
- Gomes, G. F., & Santos, A. P. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador: Revista Enfermagem Contemporânea. doi:10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407
- Grincho, N. A. (2013). A Vivência da Sexualidade do Casal durante a Amamentação. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém. Obtido em 04 de Outubro de 2024
- Leitão, M. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel. Obtido em 01 de Outubro de 2024
- Maranhão, C. (2016). Validação de um Programad de Exercício ajustado ao Período Pós-Parto. Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre em Atividade Física e Saúde, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Desporto de Rio Maior, Rio Maior. Obtido em 04 de Outubro de 2024
- Mesquita, A. C., Paulino, C. d., & Nogueira, S. A. (Janeiro-Março de 2011). Uma Nova Vida após o Parto: Cuidados à mulher no puerpério, 19. Percursos. Obtido em 01 de Outubro de 2024
- Ordem dos Enfermeiros. (Junho de 2016). Parecer nº4/2016. Sessão e Tempos de Duração dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Curso de Recuperação Pós-parto, 1-3. Lisboa, Portugal: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Obtido em 05 de Outubro de 2024
- Portelinha, C. (Novembro de 1999). Cuidados Básicos à Puérpera, 3º. Referência. Obtido em 01 de Outubro de 2024
- Santos, M. J., & Baptista, M. C. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel. Obtido em 04 de Outubro de 2024





APÊNDICE VI – Scoping Review

A Vivência da Sexualidade na Gravidez: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna/Obstétrica – uma revisão *Scoping*

The Experience of Sexuality During Pregnancy: The Role of the Specialist Nurse in Maternal/Obstetric Health – A *Scoping Review*

La Vivencia de la Sexualidad durante el Embarazo: Intervención de la Enfermeira Especialista en Salud Materno/Obstétrica – Una revisión *Scoping*

Autores

Carolina Leitão^{1,3} Susana Delgadinho^{1,2,4}

1. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal
2. Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ponte de Sor, Ponte de Sor, Portugal.
3. Unidade Local de Saúde [REDACTED], Hospital [REDACTED], Portugal
4. Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

Resumo

Introdução: A gravidez é caracterizada por diversas mudanças na vida da mulher/casal, decorrentes das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, entre outras com influência no domínio afetivo e sexual. Cabe ao enfermeiro, enquanto educador e promotor da saúde, o papel de capacitação e empoderamento da mulher/casal na vivência plena da sua sexualidade durante a gravidez. **Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre a vivência da sexualidade na gravidez. **Métodos:** A *Scoping Review* foi realizada de acordo com a metodologia *Joana Briggs Institute* e responde à seguinte questão de investigação: como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez? Foi realizada pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane nos idiomas português, espanhol e inglês, selecionando artigos em texto integral dos últimos 2 anos. **Resultados:** As alterações que as mulheres sofrem durante a gravidez influenciam drasticamente a forma como estas vivenciam a sua sexualidade ao longo dos três trimestres, sofrendo diversas oscilações. A falta de conhecimento e crenças erradas impedem que mulher/casal compreendam que a manutenção da função sexual contribui de forma positiva para uma melhor adaptação à gravidez, intimidade do casal e autoestima da mulher. Para além do referido, outras

situações como Técnicas de Reprodução Assistida e obesidade podem afetar ainda mais a atividade sexual. **Conclusão:** A educação sobre saúde sexual apresenta uma importância significativa no ciclo gravídico-puerperal, no sentido de proporcionar ferramentas adequadas e atualizadas à mulher/casal para que sejam capazes de usufruir de forma satisfatória a sua sexualidade.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Gravidez; Mulher; Saúde Sexual; Sexualidade.

Abstract

Introduction: Pregnancy is characterized by several changes in the life of the woman/couple, resulting from physiological, psychological, and social alterations, among others, which influence the emotional and sexual domains. It is the nurse's role, as an educator and health promoter, to empower and support the woman/couple in fully experiencing their sexuality during pregnancy. **Objective:** To map scientific evidence on the experience of sexuality during pregnancy. **Methods:** This scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and addresses the following research question: How is sexuality experienced during pregnancy? A literature search was conducted in the CINAHL, MEDLINE and Cochrane databases, in Portuguese, Spanish, and English, selecting full-text articles from the past two years. **Results:** The changes women undergo during pregnancy significantly influence how they experience their sexuality throughout the three trimesters, with various fluctuations. Lack of knowledge and false beliefs prevent the woman/couple from understanding that maintaining sexual function positively contributes to better adaptation to pregnancy, couple intimacy, and the woman's self-esteem. In addition, other factors such as Assisted Reproductive Techniques and obesity can further affect sexual activity. **Conclusion:** Sexual health education is highly important during the pregnancy-puerperal cycle, providing the woman/couple with adequate and updated tools to enjoy their sexuality in a fulfilling way.

Keywords: Nursing Care; Pregnancy; Sexual Health; Sexuality; Woman.

Resumen

Introducción: El embarazo se caracteriza por diversos cambios en la vida de la mujer/pareja, resultantes de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, entre otros, que influyen en los ámbitos afectivo y sexual. Las enfermeras, como educadoras y promotoras de salud, desempeñan un papel fundamental en el empoderamiento de las mujeres/parejas para que experimenten plenamente su sexualidad durante el embarazo. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica sobre la experiencia de la sexualidad durante el embarazo. **Métodos:** La revisión exploratoria se realizó según la metodología del Instituto *Joana Briggs* y responde a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se vive la sexualidad durante el embarazo? Se realizó una búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE y Cochrane, en portugués, español e inglés, seleccionando artículos de texto completo de los últimos dos años. **Resultados:** Los cambios que experimentan las mujeres durante el embarazo influyen drásticamente en cómo viven su sexualidad a lo largo de los tres trimestres, con fluctuaciones a lo largo del embarazo. La falta de conocimiento y las creencias erróneas impiden que las mujeres y las parejas comprendan que mantener la función sexual contribuye positivamente a una mejor adaptación al embarazo, la intimidad de pareja y la autoestima. Además, otros factores, como las Técnicas de Reproducción Asistida y la obesidad, pueden afectar aún más la actividad sexual. **Conclusión:** La educación en salud sexual es de gran importancia durante el embarazo y el parto, en el sentido de brindar herramientas adecuadas y actualizadas a las mujeres/parejas para que sean capaces de disfrutar satisfactoriamente de su sexualidad. **Palabras clave:** Cuidados de Enfermería; Embarazo; Mujer; Salud Sexual; Sexualidad.

O conceito de sexualidade tem vindo a evoluir ao longo do tempo e assume uma dimensão ampla, essencial e presente em todas as fases do ciclo de vida. Este é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como

“Um aspeto central do ser humano ao longo da vida; ela engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais” (OMS, 2015, p. 5).

Esta, ao ser considerada como uma componente básica e essencial na vida dos indivíduos, deve ser integrada e valorizada nos cuidados, com o intuito de ser vivida de forma saudável em todas as etapas de vida, nomeadamente durante a gravidez. Durante esta fase pode assumir-se como um desafio para os casais, pelo que se torna necessário um apoio diferenciado e especializado (Vieira, 2020; Laranjo, 2021).

A gravidez é uma etapa complexa do ciclo de vida feminino caracterizada por alterações fisiológicas, psicológicas, sociais, em particular na relação com o companheiro, e que impactam o domínio afetivo e a vivência da sexualidade do casal. As transformações na vida sexual da mulher podem ocorrer em qualquer momento da sua vida, no entanto, a gravidez pode afetar negativamente a sua função, o que se traduz na diminuição de desejo, intimidade e relações sexuais (Moreira et al., 2022). Para o casal, trata-se de um período de adaptação e preparação para uma família que passa a integrar mais um elemento, mas que ao mesmo tempo, continua uma relação a dois, em que a sexualidade exerce um papel de ligação física e emocional. Todas as mudanças sentidas durante a gravidez, não influenciam apenas a mulher, mas também o seu companheiro, não fazendo parte apenas do ciclo feminino, mas do casal (Gomes et al., 2023). Podendo aqui realçar-se a importância do conceito de conjugalidade como um compromisso que se vai fortalecendo individualmente por cada elemento da relação, que através da união conjugal procuram em conjunto elevados níveis de desejo, afeto, lealdade e intimidade (Domingues, 2021) .

Durante a vida dos indivíduos surgem diversas transições, cada uma delas responsável por alterações importantes com implicações na saúde, bem-estar e qualidade de vida de cada um. Desta forma, também a transição para a gravidez e parentalidade, considerada um período de vulnerabilidade e instabilidade emocional, acarreta um

conjunto de adaptações a diversos níveis nomeadamente no que diz respeito à sexualidade (Laranjo, 2021).

As transições correspondem aos resultados de transformações na vida, na saúde e nos relacionamentos, sendo um processo marcado pela diversidade, complexidade e singularidade. Para Meleis et al. (2020), a transição diz respeito à mudança de uma condição estável para outra, e que implica a incorporação de novos conhecimentos e comportamentos pelos indivíduos. Existem diversos tipos de transição na prática de enfermagem que podem ser vivenciadas pelos indivíduos, nomeadamente a desenvolvimental (relacionada com as mudanças do ciclo vital), saúde/doença, situacional (associada a acontecimentos que provocam mudança de papéis) e organizacional (em que o indivíduo pode experienciar mais do que uma transição ao mesmo tempo) (Meleis et al., 2000).

Quando ocorre um processo de transição, a pessoa está consciente do que está a acontecer, sendo que de todas as que podem ocorrer a que mais se destaca é a transição para a parentalidade. Nesta, a família prepara-se para receber um novo elemento pelo que se torna imprescindível reorganizar rotinas, redefinir papéis e adquirir novas competências e habilidades. Segundo a Teoria das Transições de Meleis, a transição para a parentalidade corresponde a uma transição desenvolvimental, uma vez que implica uma definição ou redefinição de papéis sendo influenciada por características pessoais de cada um, nomeadamente os conhecimentos e competências que têm à data, o planeamento ou não da gravidez, o significado que a gravidez tem e a paternidade (Meleis et al., 2000).

Esta transição para a parentalidade não tem um prazo temporal, ou seja, a sua duração vai depender da forma como o casal vivencia a mudança de papéis e se adapta à nova situação de vida. Cabe, aos profissionais de saúde favorecer uma transição para a parentalidade saudável, através da educação para a saúde, tendo em consideração as condições existentes no núcleo familiar e os contextos socioculturais, que tanto podem favorecê-la como prejudicá-la. Também aqui a mulher/casal devem desenvolver a capacidade de reflexão, interação e de confiança pois só assim serão capazes de lidar com a mudança e desenvolver novas estratégias e competências (Meleis, 2005).

A sexualidade é uma temática cada vez mais presente na atualidade, no entanto a sua abordagem continua a ser um desafio face aos mitos, crenças, medos, valores culturais e morais presentes na sociedade, principalmente durante a gravidez (Laranjo, 2021).

A falta de informação na comunidade e junto dos casais que se preparam para ser pais acarreta preocupações sobre os malefícios e as consequências que a prática sexual

pode trazer, o que leva a sua privação e impede que desfrutem da sexualidade de forma plena. A gravidez não deve ser uma barreira à vivência plena da sexualidade, seja individual ou coletiva, salvo indicação dos profissionais de saúde, pelo que a desinformação assume aqui um papel preponderante (Vieira, 2020). Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde informar a mulher e/ou casal durante as consultas de vigilância pré-natal e esclarecer sobre a sexualidade durante a gravidez (DGS, 2015).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2021), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) constitui uma parte fundamental do sistema de qualidade e apresenta conhecimentos, competências e capacidade de inovação como ferramentas essenciais para a prestação de cuidados especializados e significativos. Este centra os cuidados com o objetivo de dar resposta às necessidades da mulher e das pessoas significativas que a rodeiam, no âmbito da “gravidez, nomeadamente a avaliação da evolução, e promoção da adaptação à gravidez” (p. 2).

De acordo com o Regulamento das CE do EEESMO, o enfermeiro especialista nesta área deve “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13561). Desta forma, promovem a saúde da mulher no período pré-natal, podendo fazê-lo através de projetos e intervenções no âmbito da educação para a saúde.

Segundo a Direção Geral da Saúde – DGS (2015), a educação pré-natal constitui-se como um pilar fundamental para promoção da saúde na gravidez, sendo executada durante todo o período gestacional e dela fazem parte temáticas como a gravidez, o parto, o puerpério e a parentalidade que podem afetar a grávida e a sua família. Esta facilita o empoderamento da mulher e do casal e permite a vivência absoluta, positiva e enriquecedora da gravidez, parto e da transição para a parentalidade (Ministério da Saúde, 2023).

Os medos e receios sentidos pela mulher e/ou casal durante a gravidez relacionados com a sexualidade podem ser amenizados e desmitificados através da aplicação de estratégias de educação para a saúde e esclarecimento de dúvidas. Pelo que, o papel do EEESMO é fundamental na orientação das grávidas no domínio da saúde

sexual e na promoção de autoconfiança e autocuidado na relação entre o casal (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Para desenvolver as CE do EEESMO, torna-se necessário sustentar a prática de cuidados de enfermagem tendo por base um quadro de referência. Desta forma, o presente estudo terá por base a Teoria das Transições: Teoria de Médio Alcance de Afaf Ibrahim Meleis, que tal como referido anteriormente, se encontra direcionada para indivíduos que em determinados contextos de vida experienciam um processo de transição (Meleis et al., 2000). O EEESMO assume um papel fundamental como agente facilitador do processo de transição, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade, com o intuito de prevenir consequências negativas sobre o casal. Deve avaliar as mudanças e exigências que a transição está a provocar na vida da mulher/casal, determinar as necessidades, identificar possíveis riscos e situações de sofrimento, e a partir daí facilitar o processo de aprendizagem e de transição (Meleis et., al 2000; Meleis, 2005).

Com tudo o que foi mencionado e após fazer uma reflexão crítica sobre a vivência da sexualidade na gravidez, tornou-se importante abordar esta temática e construir uma questão de investigação que fosse passível de relacionar com a intervenção do EEESMO.

Questão de revisão

Como é vivenciada a sexualidade durante a gravidez?

Critérios de elegibilidade

Participantes: Mulheres

Conceitos: Sexualidade

Contexto: Gravidez

Tipos de Fontes

Fontes de natureza qualitativa, quantitativa e mista.

Métodos

De forma a mapear a evidência científica sobre a temática e no sentido de responder à questão de revisão, foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia *Joana Briggs Institute* (JBI).

Estratégia de pesquisa

Através da plataforma *MeSHbrowser* no dia 14/02/2025, entre as 16h00 e as 16h45, foram identificados e validados descritores que iriam integrar a *scoping review*. Os descritores integrados foram: *Nursing Care* (cuidados prestados aos utentes pelos enfermeiros), *Pregnancy* (estado durante o qual as mulheres carregam e desenvolvem embriões/fetos no seu útero antes do nascimento), *Sexual Health* (estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade), *Sexuality* (energia que motiva a procurar o amor, a intimidade, o contato físico e a ternura) e *Woman* (ser humano do género feminino).

De seguida os descritores foram unidos pelos operadores booleanos “AND” e “OR” resultando na construção da expressão de pesquisa: *Pregnancy AND Sexuality OR Nursing Care*.

A plataforma utilizada foi a EBSCOhost, e nesta foram seleccionadas as bases de dados pretendidas (CINAHL, MEDLINE e Cochrane).

Posteriormente, foram introduzidos os limitadores universais e específicos e realizada a estratégia de pesquisa em cada base de dados (apêndice II). Ao longo da elaboração da estratégia de pesquisa foi efetuada a pesquisa de cada descritor de forma isolada, e seguidamente realizadas as conjugações entre descritores, identificando o número de artigos. Tendo esta pesquisa sido realizada no dia 11 de abril de 2025 entre as 22h e as 23h.

Na plataforma e bases de dados científicas foram utilizados como limitadores universais o texto completo de acesso livre e o friso cronológico de 2 anos (de 11 de abril de 2023 a 11 de abril de 2025). Como limitadores específicos o resumo disponível, o idioma português, inglês e espanhol, a idade entre os 19-44 anos, humanos e o género feminino.

Seleção de estudos

Inicialmente foram identificados cerca de 568 artigos nas bases de dados mencionadas. Através da utilização do *PRISMA 2020 Flow Diagram*, procedemos inicialmente à etapa *Identification*, que corresponde à identificação das fontes, onde se verificou que cerca de 20 artigos se encontravam duplicados resultando em 548 artigos. Sendo que não existiam artigos ilegíveis, pelo que não houve a sua rejeição.

Na etapa seguinte do PRISMA, designada de *Screening*, são eliminados os artigos que após leitura do título e do resumo não se encontrem de acordo com os critérios de inclusão supracitados e previamente definidos de acordo com o método PCC, pelo que dos 548 artigos cerca de 528 foram retirados. Resultando em cerca de 20 artigos, que

foram enumerados para leitura integral. Ainda nesta fase, foram excluídos 6 artigos por não se enquadrarem na temática em estudo (razão 1), 2 artigos por não contribuírem para a compreensão da questão de revisão (razão 2) e 3 artigos por não apresentarem resultados/discussão e/ou conclusão (razão 3) (apêndice III).

Por esta razão na última etapa designada de *Included*, foram incluídos nove artigos (artigo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 13), sendo que destes, 8 remetem para o paradigma quantitativo e 1 para o paradigma misto.

Artigos incluídos:

Artigo nº1 – *Differences in sexual activities and information seeking behaviors between women who underwent in vitro fertilization (IVF) and who conceived without IVF*

Artigo nº 2 – *The relationship between women's sexual function and type of delivery and pelvic organ prolapse: A cross-sectional Study*

Artigo nº 3 – *Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image?*

Artigo nº 4 – *Factors affecting the levels of distress during pregnancy, sexual relationship power and intimate partner violence.*

Artigo nº 5 – *Comparative cross-sectional study on sexual function of couples during pregnancy: assisted reproductive techniques versus spontaneous conceptions.*

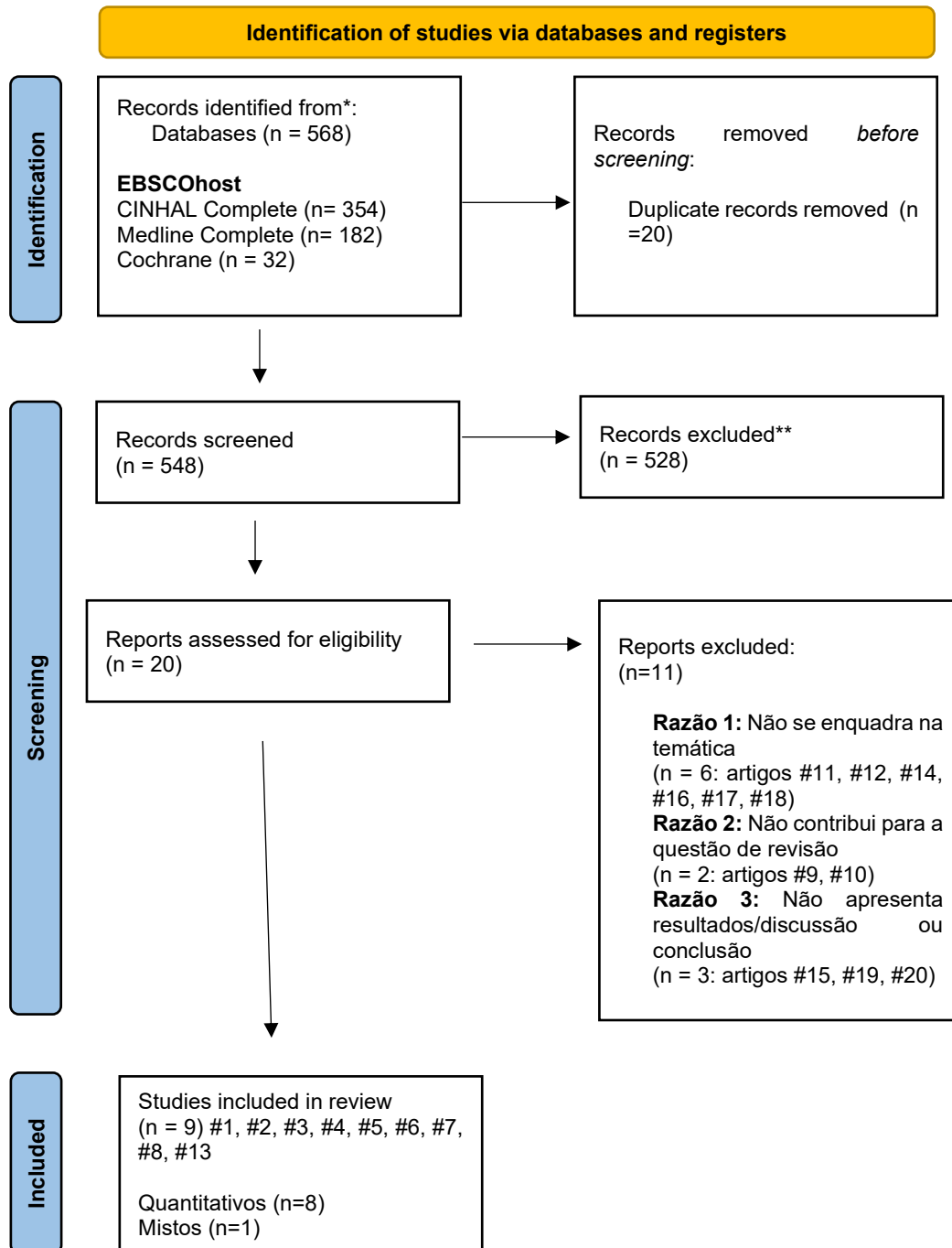
Artigo nº 6 – *The impact of pregnancy on sexual functioning in Polish women.*

Artigo nº7 – *Sexual quality of life and marital adjustment in pregnant women.*

Artigo nº 8 – *Examining the Effect of weight self-stigma on attitudes toward sexuality during pregnancy using structural equation modeling.*

Artigo nº 13 – *Exploring midwives training needs and preferences for providing sexual health education for pregnant women: a mixed-methods study.*

PRISMA 2020 Flow Diagram



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

Figura 1. PRISMA 2020 *Flow Diagram*

Extração de Dados

Após revisão na íntegra dos artigos incluídos, verificando que detinham critérios de inclusão, procedeu-se à análise dos mesmos através de um instrumento de recolha de dados denominado de *Data Extraction Instrument*, constituído por vários itens que permitiram extrair e organizar os dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos para este protocolo (Apêndice IV).

Resultados

A sexualidade constitui-se como uma necessidade humana básica inerente a qualquer indivíduo, sendo facilmente modificável ao longo das diversas etapas do ciclo de vida da mulher (Aksoy, 2023; Dulger et al., 2024; Szymaska (2024). Na gravidez, a mulher sofre um conjunto de modificações fisiológicas e psicológicas, que podem interferir na forma como a mulher e/ou casal vivem a sua sexualidade e o seu relacionamento (Öcalan et al., 2024; Huanga et al., 2024).

Durante a gravidez, face às variações hormonais existe uma maior ocorrência de desentendimentos conjugais. Sendo a atividade sexual considerada uma forma de comunicação entre os casais, deve ser mantida com o objetivo de melhorar o relacionamento e a adaptação à nova fase de vida (Unal & Yagmur, 2024).

Com a análise efetuada a partir dos artigos estudados, é possível destacar que durante a gravidez o comportamento sexual é muito variável, a libido tanto pode estar aumentada como diminuída de forma repentina. Sendo que geralmente, no primeiro trimestre o desejo sexual diminuí decorrente da diversidade de novos sintomas que surgem como resposta ao desenvolvimento de um novo ser. No segundo trimestre, considerado um trimestre de tranquilidade, o desejo sexual por norma aumenta tal como a frequência de relações sexuais. No final da gravidez, no terceiro trimestre, face à preocupação com o parto e ao aumento do abdómen ocorre novamente um declínio no desejo sexual (Szymaska, 2024).

É de mencionar que mulheres com uma sexualidade pré-gestacional positiva e imagem corporal igualmente positiva durante a gravidez apresentam uma atitude adequada na manutenção de relações sexuais durante a gravidez e no pós-parto (Öcalan et al., 2024).

Também a obesidade e a realização de Técnicas de Reprodução Assistida (TRA), problemáticas cada vez mais comuns na sociedade, podem influenciar negativamente a vivência da sexualidade durante a gravidez, cada uma com as suas particularidades. A obesidade para além de poder acarretar na gravidez consequências negativas para a mãe e para o feto, afeta negativamente a autoconfiança e qualidade de vida da mulher, o que

se traduz na diminuição da autoestima e do desejo sexual (Altinayak & Abukan, 2023). Por outro lado, as TRA são um procedimento que provoca preocupação nos casais no que diz respeito à prática de relações sexuais pelo receio de aborto, hemorragia, dor ou ameaça de parto pré-termo (Huanga et al., 2024; Dulger et al., 2024).

Emerge assim destacar a educação como um pilar para desmitificação de mitos, tabus e crenças e fortalecimento de conhecimentos sobre a atividade sexual durante a gravidez (Öcalan et al., 2024). O período gravídico constitui-se essencial para abordar questões relacionadas com a sexualidade, expor medos e receios, procurar informação fidedigna junto de profissionais de saúde especializados e esclarecer dúvidas (Huanga et al., 2024).

O nível de literacia das mulheres influencia o seu conhecimento relativamente à união da gravidez e sexualidade, o que realça a importância para o acompanhamento da gravidez no que diz respeito a consulta de vigilância pré-natal e sessões de preparação para o parto e parentalidade, sendo ambos fundamentais para o esclarecimento e acompanhamento saudável (Szymaska, 2024).

Os cuidados especializados e personalizados na área da sexualidade fazem parte das competências do EEESMO, sendo que o aconselhamento, o esclarecimento e a educação durante a gravidez podem vir a potenciar a vivência da sexualidade da mulher, quando não existem situações adversas que comprometem o bem-estar materno e fetal Xie et al. (2024).

Após realizar a extração e análise dos dados da literatura selecionada, foi possível identificar um conjunto de intervenções do EEESMO no âmbito da vivência da sexualidade, expondo-se de seguida numa tabela (tabela 1).

Intervenções do EEESMO	Autor
Adotar uma atitude positiva que inclua a escuta ativa, a comunicação e a discussão.	(Szymaska, 2024)
Esclarecer as mulheres sobre as alterações físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da gravidez.	(Öcalan et al., 2024)
Auxiliar no desenvolvimento de estratégias para os casais lidarem com as dificuldades decorrentes da gravidez e manterem uma relação saudável.	(Unal & Yagmur, 2024)
Desmistificar mitos, tabus, crenças e opiniões sobre a sexualidade existentes na sociedade, com base científica.	(Öcalan et al., 2024) (Moradi et al., 2023)
Esclarecer dúvidas sobre a vivência da sexualidade na gravidez.	(Moradi et al., 2023)
Incentivar o diálogo entre casais sobre a sexualidade e à procura de informações junto de profissionais de saúde qualificados.	(Moradi et al., 2023)
Aconselhar sobre a adoção de alternativas na relação sexual, como mudança de posições sexuais.	(Öcalan et al., 2024)
Promover a discussão sobre necessidades sexuais e a educação sexual.	(Szymaska, 2024) (Xie et al., 2024)
Empoderar as mulheres no relacionamento sexual e no domínio da tomada de decisão.	(Aksoy, 2023)
Orientar as mulheres/casais sobre questões sexuais.	(Xie et al., 2024)

Tabela 1. Intervenções do EEESMO

Discussão

A sexualidade é um elemento fundamental para a vida humana e um direito de todos os casais (Aksoy, 2023; Dulger et al., 2024). Szymaska (2024), fundamenta ainda a sexualidade como uma função biológica inerente a todo o ser humano, no entanto a função sexual varia ao longo do tempo e é influenciada por diversos fatores, nomeadamente a idade, a experiência e a condição física e de saúde.

A gravidez constitui-se como um período multidimensional, caracterizado por alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais, que podem afetar a vida sexual e a imagem corporal da mulher (Öcalan et al., 2024). Huang et al. (2024) reforçam ainda que as transformações físicas e psicológicas mais comuns como náuseas, vômitos, fadiga,

imagem corporal, ansiedade e medo de aborto influenciam a forma como as mulheres/casais vivenciam a sexualidade e o próprio relacionamento.

Unal & Yagmur (2024), referem-se à atividade sexual como uma forma de comunicação entre os parceiros e que não deve ser evitada durante a gravidez, com o intuito de contribuir para uma melhor adaptação à gravidez, intimidade do casal e autoestima da mulher. Sendo esta uma fase suscetível ao desentendimento entre o casal, torna-se fundamental que exista ajustamento conjugal, ou seja, os casais consigam desenvolver estratégias para lidar com as dificuldades e manter uma relação saudável.

Segundo Moradi et. al (2023), a gravidez pode ter diferentes efeitos no comportamento sexual das mulheres, tanto pode causar desejo, devido à congestão venosa e à falta de medo do processo gravídico, como pode diminuir o interesse sexual decorrente do aumento dos níveis hormonais, da sensação de já não se sentirem atraentes e do desconforto físico.

A vida e o funcionamento sexual das mulheres na gravidez sofre alterações decorrentes das mudanças referidas. De acordo com Szymaska (2024), o primeiro trimestre é o período que sofre mais oscilações face à diversidade de sintomas, sendo a tendência para reduzir a frequência de relações sexuais vaginais. Por outro lado, no segundo trimestre, estas tornam-se mais regulares e satisfatórias pela diminuição dos sintomas. E, por fim, no terceiro trimestre verifica-se novamente um declínio de relações sexuais vaginais devido à dispareunia, ao aumento do volume abdominal, ao declínio do desejo e líbido e à ansiedade.

Öcalan et al. (2024), determinou que mulheres com uma imagem corporal positiva durante a gravidez apresentam uma atitude menos ansiosa relativamente à relação sexual, desenvolvendo crenças e valores positivos. Pelo que mulheres que se encontrem satisfeitas com a sua imagem corporal, iniciam a atividade sexual com mais frequência. Os autores reforçam ainda que a sexualidade pré-gestacional satisfatória desempenha um papel fundamental na sua manutenção durante a gravidez e no pós-parto.

No estudo realizado por Szymaska (2024) sobre a avaliação do funcionamento sexual feminino foi relatada uma diminuição na frequência de relações sexuais durante a gravidez. Para além disso, foi concluído também que um nível de educação elevado estava associado a uma maior frequência de atividade sexual, face ao conhecimento e ao juízo crítico desenvolvido.

A obesidade é um problema de saúde, sendo que a alta prevalência na população global indica que a taxa de obesidade em mulheres de idade fértil é elevada. Esta situação

acarreta predisposição para doenças crónicas e do foro psicológico (depressão, ansiedade e distúrbios de sono), pelo que na gravidez em conjunto pode levar a resultados negativos para a mãe e para o feto (Altinayak & Abukan, 2023).

Altinayak & Abukan (2023), referem que a exclusão social e a discriminação vivenciadas pelas mulheres obesas provoca auto estigmatização, o que afeta negativamente a autoconfiança e qualidade de vida e consequentemente reduz o desejo sexual e a autoestima. Destacando ainda no seu estudo, a educação como um fator que influencia de forma positiva as mulheres, sendo que quanto mais elevado o nível de educação menor é o julgamento e maior a autoestima, o que se reflete na vivência da sexualidade.

A realização de TRA é uma prática atual e cada vez mais comum na sociedade, pelo que se torna necessário reconhecer também nestas situações as atividades sexuais associadas aos tratamentos de infertilidade (Huanga et al., 2024). As gravidezes decorrentes de TRA são entendidas como valiosas, dispendiosas e perigosas, o que provoca apreensão e preocupação relativamente à prática de relações sexuais durante esse período (Dulger et al., 2024).

Huanga et al. (2024) realizou um estudo, com o intuito de compreender as diferenças nas atividades sexuais durante a gravidez entre casais que se submeteram a TRA e aos que conceberam espontaneamente. Sendo de destacar, que os casais sofriam de infertilidade apresentavam níveis de stress superiores aos restantes, o que se refletia também na função sexual. Cerca de 90% dos casais submetidos a TRA manteve atividade sexual durante toda a gravidez, destacando os abraços, os beijos, as carícias e masturbação com maior frequência em relação às relações sexuais. Comparativamente aos casais que conceberam espontaneamente, a proporção da atividade sexual com recurso ao coito nos casais do grupo TRA foi significativamente menor. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos casais do grupo TRA serem mais cautelosos quanto aos comportamentos sexuais que podem afetar a gravidez, como dor ou sangramento na relação sexual e consequente medo de rotura de membranas (Huanga et al., 2024).

Por outro lado, Dulger et al. (2024) conclui com o estudo que realizou semelhante ao referido anteriormente, que não houve diferenças significativas ao nível da função sexual entre os diferentes grupos em estudo. De mencionar também que, a frequência de relações sexuais diminuía com o avançar da gravidez, como expectável, de igual forma entre casais submetidos a TRA e aos que conceberam espontaneamente face às alterações físicas e às preocupações inerentes ao parto e trabalho de parto.

De acordo com Öcalan et al. (2024), grande parte dos problemas na função sexual durante a gravidez ocorrem devido aos mitos, tabus, medo e falta de conhecimento, nomeadamente a crença que a relação sexual não é segura e que prejudica o bebé.

A educação pré-natal encontra-se englobada na educação para a saúde, sendo considerada prevenção primária. De acordo com a DGS (2015), a educação pré-natal deve ser realizada ao longo de toda a gravidez e incidir em todas as temáticas que influenciam diretamente a mulher/casal. Desta forma, os enfermeiros, como profissionais de saúde qualificados têm o dever de realizar educação pré-natal promovendo a melhoria dos conhecimentos das mulheres grávidas na área da gravidez, do parto e pós-parto.

A preocupação relativa à função sexual nos casais deve começar durante a gravidez e não se tornar apenas uma preocupação no pós-parto. Para Moradi et al. (2023), a gravidez constitui um período fundamental para abordar a sexualidade, desmistificar mitos e opiniões, esclarecer dúvidas, incentivar ao diálogo e à procura de informação fidedigna junto dos profissionais de saúde qualificados. Com o objetivo de manter a função sexual durante os três trimestres da gravidez e continuar no período pós-parto, seja qual for o do tipo de parto. Independentemente do tipo de conceção, espontânea ou através de TRA, a sexualidade deve ser sempre abordada (Huanga et al., 2024).

Öcalan et al. (2024) reforça a ideologia, ao afirmar que cabe aos profissionais de saúde competentes e qualificados esclarecerem as alterações que ocorrem durante a gravidez, e a partir daí desmitificar crenças e mitos, e contribuir com informação pertinente que reduza os níveis de ansiedade e *stress* relativos à atividade sexual.

O mesmo autor realça ainda que o aconselhamento de adoção de diferentes estratégias na relação sexual durante a gravidez, como a mudança de posições sexuais, contribui para a manutenção da sexualidade até ao terceiro trimestre da gravidez. Destacando ainda que, mulheres que demonstrem uma atitude positiva relativamente à sexualidade fortalecem os relacionamentos e melhoram a dinâmica familiar.

Como referido anteriormente, a falta de informação reflete a diminuição da atividade sexual nos casais que se preparam para ser pais. No entanto, de acordo com Huanga et al. (2024), a procura de informações sobre a saúde sexual junto de profissionais de saúde é inferior ao esperado, sendo a auto procura o método mais comum, mas com qualidade e precisão questionáveis. Este mesmo autor menciona ainda que a promoção de atividades sexuais seguras constitui um elemento fundamental para os casais logo desde o início da gravidez.

Segundo Szymaska (2024), as mulheres/casais esperam e pretendem que a temática da sexualidade seja abordada nas consultas de vigilância pré-natal, pelo que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, devem adotar uma atitude positiva que inclua a escuta ativa, a comunicação, a discussão sobre necessidades sexuais e educação sexual.

Os EEESMO são os principais responsáveis pela realização de educação para a saúde durante as consultas de vigilância pré-natal, pelo que encaminham as mulheres de acordo com os conhecimentos, experiência profissional e recomendações de médicos. No entanto, com o tempo, torna-se necessário atualizar os conhecimentos e as competências sobre as preocupações sexuais, tornando-se imperativo que as próprias sejam alvo de educação sexual para melhorar a qualidade do atendimento (Xie et al., 2024).

Aksoy (2023), destaca ainda que os níveis de sofrimento das mulheres na gravidez diminuíram quando estas se sentiam poderosas no relacionamento sexual, no relacionamento e no domínio da tomada de decisão. Demonstrando a importância da existência de uma relação de partilha entre a mulher grávida, o seu companheiro e os profissionais de saúde para reduzir a angústia.

Xie et al. (2024) fortalece ainda que, os EEESMO constituem o principal aliado das mulheres no que diz respeito à orientação sobre questões sexuais à medida que os padrões de vida crescem. O facto de existir uma tendência para que a temática da sexualidade seja cada vez mais atual e normalizada, faz com que a educação sexual e o treino sistemático aumentem significativamente a autoeficácia, coragem e confiança por parte dos profissionais de saúde diminuindo os sentimentos de impotência e insegurança.

Conclusão

A gravidez é um período marcado por transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher. No entanto, embora a sexualidade continue a constituir-se como uma temática carregada de tabus e mitos, continua a ser importante para a manutenção da saúde e bem-estar. Torna-se fundamental compreender a sexualidade como parte integrante do período gravídico e, a partir daí, adaptá-la às novas condições e necessidades do corpo e da mente da mulher.

O diálogo entre o casal e o acompanhamento por profissionais de saúde especializados e qualificados são essenciais para a vivência da sexualidade de forma saudável durante a gravidez. Reforçando ainda que, a educação sobre saúde sexual e o aconselhamento apresentam uma importância significativa no ciclo gravídico-puerperal, no sentido de proporcionarem ferramentas adequadas e atualizadas à mulher/casal para que sejam capazes de usufruir de forma satisfatória a sua sexualidade.

O papel do EEESMO assenta na promoção clara e sem julgamentos de informação fidedigna capaz de desmistificar crenças e esclarecer dúvidas. Reconhecer a sexualidade como uma necessidade humana e saudável da gravidez é fulcral para fortalecer o relacionamento conjugal, promover a autoestima e favorecer a vivência da gravidez de forma plena.

Com a *Scoping Review* realizada pretendia-se conhecer e caracterizar a vivência da sexualidade na gravidez, bem como, a intervenção do EEESMO neste sentido. Através da exploração da temática, potencializa-se o debate e a sensibilização dos profissionais de saúde para aplicarem a evidência encontrada, aconselhando devidamente a mulher/casal sobre a sexualidade na gravidez, a sua vivência e aspetos relevantes. O intuito seria esta revisão tornar-se um instrumento de orientação para pesquisas futuras sobre a sexualidade na gravidez e o seu impacto na qualidade de vida e bem-estar da mulher. Face à quantidade significativa de informação existente sobre o tema apresentado, restringiu-se a metodologia para uma pesquisa apenas dos últimos 2 anos, o que pode ser uma limitação caso haja informações consideradas relevantes cuja publicação não se enquadre neste espaço temporal.

Referências

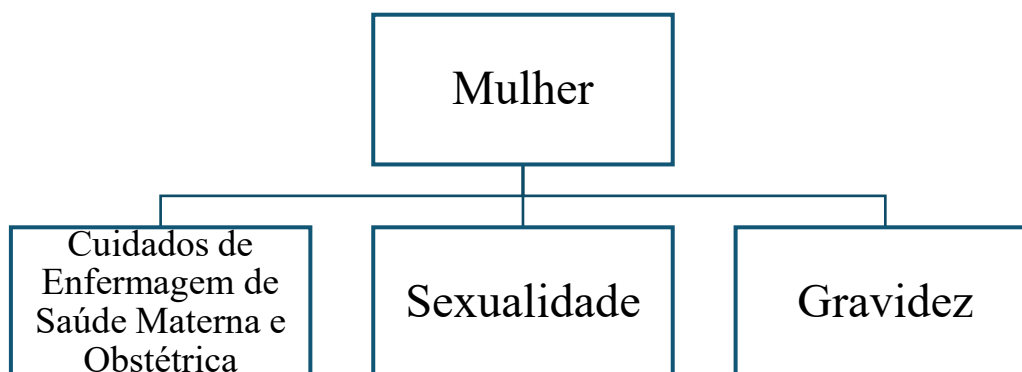
- Aksoy, Y. E., Akin, B., & Yilmaz, S. (2023). Factores affecting the levels of distress during pregnancy, sexual relationship power and intimate partner violence. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 461-478. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1901872>
- Altınayak, S. Ö., & Abukan, B. (2023). Examining the effect of weight self-stigma on attitudes toward sexuality during pregnancy using structural equation modeling. *African Journal of Reproductive Health*, 27(9), 87-95. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i9.9>
- Amendoeira, J. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura: A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Domingues, S. I. (2021). *Efeitos da parentalidade na conjugalidade: A visão dos profissionais de psicologia clínica e psicoterapia* (Dissertação de mestrado).
- Dulger, O., Torun, S., & Osmanoglu, U. (2024). Comparative cross-sectional study on sexual function of couples during pregnancy: Assisted reproductive techniques versus spontaneous conceptions. *African Journal of Reproductive Health*, 28(1), 84-93. <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i1.9>
- Gomes, C. I., Gambín, M. M., & Frias, A. M. (2023). Vivência da sexualidade na gravidez: uma revisão integrativa. In A. M. A. Frias (Org.), *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar na gravidez* (pp. 109-120). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230613422>
- Huanga, C.-Y., Chuanga, H.-L., Tsaic, L.-Y., Lua, Y.-C., Lioua, C.-F., Leed, M.-S., . . . Leea, S.-H. (2024). Differences in sexual activities and information seeking behaviors between women who underwent in vitro fertilization (IVF) and who conceived without IVF. *Sexual and Relationship Therapy*, 39(3), 761-776. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2023736>
- Laranjo, R. D. (2021). *A vivência da sexualidade durante a gravidez* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Ministério da Saúde. (2023). *Preparação para parto e parentalidade*.
<https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparação-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.
- Moradi, M., Mohammadzadeh, F., Niazi, A., & Afiat, M. (2023). *The relationship between women's sexual function and type of delivery and pelvic organ prolapse: A cross-sectional study*. *Health Care for Women International*, 46(2), 149–161.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2223150>
- Moreira, A. G., Henriques, C. M., & Frias, A. M. (2022). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: Alterações da sexualidade durante a gravidez uma revisão sistemática*. Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220609206>
- Öcalan, D., Toker, S., Doğan, E. K., & Alparslan, Ö. (2024). Is there a relationship between pregnant women's sexual attitudes and body image. *African Journal of Reproductive Health*, 28(11), 56–67. <https://doi.org/10.29063/ajrh2024/v28i11.6>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23f117b5-0161-4442-bda3-773ca08e18ff/content>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 85, de 3 de maio de 2019).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Szymaska, E., Kisielewski, R., Kisielewska, L., & Tomaszewski, J. (2024). The impact of pregnancy functioning in Polish women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310, 2133–2140. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07648-2>
- Unal, E., & Yagmur, Y. (2024). Sexual quality of life and marital adjustment in pregnant women. *Health Care for Women International*, 45(12), 1384–1396.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2272795>
- Vieira, J. G. (2020). *Sexualidade na gravidez. Estudo exploratório sobre o impacto da gravidez e do pós-parto na satisfação com a sexualidade e na relação conjugal* [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/94556>

Xie, X., Li, J., Wang, X., Liang, S., Zhong, X., & Wenzhi. (2024). Exploring midwives training needs and preferences for providing sexual health education for pregnant women: A mixed-methods study. *Sexual Health, 21*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1071/SH24130>

APPENDICES

APPENDIX I: Mapa Conceptual



Organograma I: Mapa conceptual

APPENDIX II: Estratégia de Pesquisa

Search	Query	Records retrieved in EBSCOhost	
		CINAHL	MEDLINE
	<i>Pregnancy</i> AND <i>Sexuality</i> OR <i>Nursing Care</i>		
#1	<i>Pregnancy</i>	856	4166
#2	<i>Sexuality</i>	4	6
#3	<i>Nursing Care</i>	332	147
#4	<i>Pregnancy</i> AND <i>Sexuality</i>	22	35
#5	<i>Pregnancy</i> OR <i>Nursing Care</i>	1177	4300
#6	<i>Sexuality</i> OR <i>Nursing Care</i>	511	367
#7	<i>Pregnancy</i> AND <i>Sexuality</i> OR <i>Nursing Care</i>	354	182

APPENDIX III: Lista de estudos excluídos com respetivas razões

Artigos excluídos	Razão da exclusão
Artigo nº 9 – The prevalence of unintended pregnancy and its influence on pregnancy experience in Tabriz, Iran, 2023: a cross-sectional study	Não contribui para a questão de revisão
Artigo nº 10 – Factors influencing happiness and depression in high-risk pregnant women: a cross-sectional study using the ecological systems approach	Não contribui para a questão de revisão
Artigo nº 11 – Prenatal Health education as a Strategy to strengthen female autonomy: nurses' perceptions	Não se enquadra na temática
Artigo nº 12 – Cross-cultural Nursing care for immigrant women during pregnancy and childbirth: experiences and vulnerabilities	Não se enquadra na temática
Artigo nº 14 – Experiences of women diagnosed with borderline personality disorder: perception of motherhood, social, health, and construction of gender	Não se enquadra na temática
Artigo nº 15 – Nursing and midwifery students' attitudes towards addressing patient sexual health in their future profession: Polish adaptation and validation of the students' attitudes towards addressing sexual Health extended questionnaire	Não apresenta resultados/discussão ou conclusão
Artigo nº 16 – Nursing team's perceptions about care for pregnant women in a psychiatric unit	Não se enquadra na temática
Artigo nº 17 – Do individual or organizational factors influence cultural competency of maternal newborn nurses?: a cross-sectional study	Não se enquadra na temática
Artigo nº 18 – Sexual and reproductive Health in young women with ADHD from the view of health care professionals	Não se enquadra na temática
Artigo nº 19 – Ejercicio de la sexualidade en gestantes de tacna	Não apresenta resultados/discussão ou conclusão
Artigo nº 20 – Comparative investigation of genital self-image and sexual function in women with and without a history of female genital cosmetic procedures: a cross-sectional study	Não apresenta resultados/discussão ou conclusão

APPENDIX IV: Data Extraction

Número/Título do Artigo	Autores	Ano de publicação/País de Origem	Objetivo	Metodologia e métodos	Conclusões dos autores	Conclusão do revisor
Artigo nº1 - <i>“Differences in sexual activities and information seeking behaviors between women who underwent in vitro fertilization (IVF) and who conceived without IVF.”</i> (Huanga et al., 2024)	-Cheng-Yi Huang -Hsiao-Ling Chuang -Li-Ya Tsai -Yen-Chiao Lu -Chiou-Fang Liou -Maw-Sheng Lee -Ching-Pyng Kuo -Shu-Hsin Lee	Ano: 2024 País: Taiwan.	Compreender as diferenças nas atividades sexuais durante a gravidez entre casais que se submeteram a fertilização <i>in vitro</i> (FIV) e aos que conceberam sem.	Estudo longitudinal comparativo. Critérios de inclusão: casais casados, casais sem filhos e ler chinês. Participantes: o grupo de FIV inclui casais que se submeteram ao processo na primeira gravidez e o grupo sem FIV inclui casais que engravidaram naturalmente do primeiro filho e que compareceram ao atendimento pré-natal. Estudo realizado entre o dia 01 de agosto de 2016 a 31 de julho de 2018. Instrumento de colheita de dados: Questionários realizados em três momentos (primeiro	As mudanças na atividade sexual são um problema comum na gravidez devido às transformações físicas e psicológicas. Sendo de destacar que casais com problemas de infertilidade apresentam níveis de <i>stress</i> superiores aos outros, o que se reflete também na função sexual. Mais de 90% dos casais têm atividade sexual durante a gravidez, do primeiro ao terceiro trimestre. Em que os abraços, os beijos, as carícias e a masturbação apresentam uma dimensão maior relativamente às relações sexuais. É de destacar que a proporção da atividade sexual do casal no grupo FIV foi significativamente menor que o grupo sem FIV.	As alterações físicas comuns como as náuseas, vômitos e fadiga, e as psicológicas como mudança na imagem corporal, ansiedade e medo do aborto influenciam a forma como as mulheres/casais vivenciam a sexualidade e o próprio relacionamento. A realização de FIV é uma prática atual e cada vez mais comum na sociedade, pelo que é necessário reconhecer também nestas situações as atividades sexuais associadas aos tratamentos da infertilidade. A maioria dos casais procura informação em fontes não profissionais, tornando-se importante abordar a sexualidade durante os tratamentos de fertilidade.

				<p>trimestre entre as 10 e 11 semanas, no segundo trimestre entre as 20 e 21 semanas e no terceiro trimestre entre as 30 e 31 semanas), enviados por correio a 75 casais que conceberam sem FIV e 70 casais que conceberam com FIV. Preenchidos separadamente pela esposa e pelo marido, com o intuito de explorar a atividade sexual na vida real dos casais. Posteriormente foram devolvidos por correio.</p> <p>Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.</p> <p>Os dados foram analisados com recurso ao programa</p>	<p>A relação sexual pode resultar em dor ou sangramento, e consequentemente o medo de rotura de membranas o que afeta as atividades sexuais, função sexual e qualidade de vida. Esta realidade torna os casais sujeitos a FIV mais cautelosos quanto aos comportamentos que podem afetar o processo de gravidez, sendo fundamental que exista apoio mútuo para manter a intimidade.</p> <p>À medida que a gravidez avança ocorre um declínio na frequência de relações sexuais vaginais, no entanto uma maior variedade de posições sexuais.</p> <p>Sendo possível demonstrar que a diminuição da frequência de relações sexuais está diretamente relacionada com a falta de informação sobre atividades sexuais na gravidez. Pelo que a procura de informações</p>	<p>Não só nos casais sujeitos a FIV, mas também nos restantes, os profissionais de saúde deve demonstrar uma atitude positiva que inclua a escuta ativa, informações sobre educação sexual, incentivo à comunicação e discussão sobre atividades e necessidades sexuais.</p> <p>À medida que a gravidez avança, com o aumento da região abdominal, os profissionais de saúde devem aconselhar sobre a mudança das posições sexuais de forma a facilitar a atividade e a reduzir os riscos e o medo.</p> <p>Torna-se fundamental que seja transmitida informação fidedigna por parte de profissionais de saúde competentes e informados, aos casais durante a gravidez de forma a melhorar a função sexual.</p> <p>Sendo que a promoção de atividades sexuais seguras</p>
--	--	--	--	---	---	--

				SAS <i>Statistics</i> 20.0, à análise descritiva e à análise inferencial.	relacionadas com a saúde sexual junto dos profissionais é inferior ao expectável, sendo a “auto procura” o método mais comum, mas com qualidade e precisão questionáveis.	constitui um elemento crucial para os casais de transitam de parceiros para pais, logo desde o início da gravidez. O que se traduz na necessidade de se estabelecer uma rede de informações segura sobre a educação para a saúde na vivência da sexualidade na gravidez.
<i>Artigo nº2 – “The relationship between women’s sexual function and type of delivery and pelvic organ prolapse: A cross-sectional study” (Moradi, et al., 2023)</i>	-Maryam Moradi -Fatemeh Mohammadzadeh -Azin Niazi -Malihe Afiat	Ano: 2025 País: Irão	Avaliar a relação entre o modo de parto e a função sexual em mulheres encaminhadas para centros de saúde.	Estudo transversal descritivo. Critérios de inclusão: clientes não emergenciais, ser casada, ter histórico de pelo menos um parto, estar em idade reprodutiva (18-45 anos). Critérios de exclusão: gravidez, puerpério amamentação, menopausa, histórico de histerectomia, ooforectomia, uso de medicamentos hormonais e doenças subjacentes	A função sexual (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação natural, orgasmo, dor e satisfação sexual) é uma parte importante da vida das mulheres e da forma como o corpo responde aos vários estágios do ciclo da resposta sexual. A gravidez tem diferentes efeitos no comportamento sexual das mulheres, tanto pode aumentar o desejo devido à congestão venosa pélvica e à falta de medo da gravidez, como pode diminuir o interesse pela atividade sexual	A preocupação relativa à função sexual e sexualidade nos casais deve começar durante a gravidez e não tornar-se apenas uma preocupação no pós-parto. A gravidez constitui um período fundamental para abordar a temática, desmitificar mitos e opiniões, esclarecer dúvidas e incentivar ao diálogo e procura de informação fidedigna junto dos profissionais de saúde qualificados. Com o intuito de manter a função sexual durante a gravidez, nos diferentes trimestres,

				<p>(aumento da pressão intra-abdominal).</p> <p>Participantes: 350 mulheres encaminhadas a centros de saúde e clínicas ginecológicas da Universidade Pública de Ciências Médicas na Universidade do Irão.</p> <p>Estudo realizado entre 2018 e 2019.</p> <p>Instrumento de colheita de dados: um questionário sociodemográfico, um questionário de índice de função sexual feminina e um sistema <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i></p> <p>Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.</p>	<p>decorrente do aumento dos níveis hormonais, da sensação de já não serem atraentes e do desconforto físico.</p> <p>As crenças das mulheres sobre a relação entre o tipo de parto e a função sexual após o parto têm sido um dos motivos mais desafiadores para o desejo das mulheres em se submeterem a uma cesariana.</p> <p>No presente estudo não existem diferenças significativas entre as mulheres com parto vaginal e as submetidas a cesariana no que diz respeito a desejo sexual, orgasmo, dispareunia e satisfação sexual. No entanto, a pontuação mais alta na função sexual e excitação sexual foi em mulheres com histórico de cesariana, evidenciando também que as mulheres com parto vaginal apresentaram mais disfunção sexual.</p>	<p>e continuar no período pós-parto independentemente do tipo de parto. Os diferentes desfechos, consequências, medos e receios devem ser abordados para que o período pós-parto seja vivido com maior tranquilidade, mas também de uma forma mais esclarecida.</p> <p>Os resultados do estudo evidenciam a necessidade de examinar a disfunção sexual das mulheres após o parto, e intervenções apropriadas incluindo o aconselhamento sexual para melhorar a função sexual.</p> <p>Embora o estudo aponte que a função sexual é superior em mulheres submetidas a cesarianas, não está recomendado que as mulheres o façam com o intuito de proteger a sua função sexual. Visto que as complicações vão além das de um parto vaginal.</p>
--	--	--	--	---	---	---

				Os dados foram analisados utilizando o <i>Software</i> SPSS16.	Apesar do referido, outros estudos descrevem que não há diferenças relativas à função sexual seja qual for o tipo de parto. Além do mencionado neste estudo concluiu-se que o prolapso dos órgãos pélvicos reduzem a função sexual nas mulheres. Por outro lado, outros estudos oferecem resultados contraditórios. O estudo apresentou limitações significativas, pelo que se torna necessário aprofundar a pesquisa e a relação entre a função sexual, ao tipo de parto e ao prolapso dos órgãos pélvicos.	Face à disparidade de resultados entre diversos estudos e as limitações identificadas, os investigadores devem trabalhar mais no sentido de fornecer mais evidências sobre a relação entre a função sexual feminina, o tipo de parto e o prolapso dos órgãos pélvicos, tendo em consideração que os critérios de inclusão, exclusão e condições sejam semelhantes. Pois só assim é possível comparar de forma equitativa os resultados obtidos.
Artigo nº3 – <i>“Is there a relationship between pregnant women’s sexual</i>	-Dilek Öcalan -Serpil Toker -Emine Kiliç Doğan -Özgür Alparslan.	Ano: 2024. País: Turquia.	Examinar a relação entre as atitudes das mulheres em relação à sexualidade durante a gravidez e a sua imagem corporal, e determinar os	Estudo descritivo e correlacional. Realizado em clínicas de ambulatório de dois hospitais públicos em Tokat, na Turquia.	Influências negativas na imagem corporal podem afetar negativamente as atitudes sexuais dos casais. Pelo que mulheres satisfeitas com a sua imagem corporal, iniciam atividade sexual com mais frequência.	A sexualidade pré-gestacional desempenha um papel fundamental na sua manutenção durante a gravidez e o período pós-parto. Pelo que mulheres que estavam satisfeitas com a sua vida sexual antes de engravidar e que

<p><i>attitudes and body image?</i> (Öcalan et al., 2024)</p>			<p>preditores das suas atitudes sexuais.</p>	<p>Critérios de inclusão: grávidas entre os 18-49 anos, que tiveram uma gravidez saudável, espontânea e única. Participantes: 515 grávidas. Instrumento de colheita de dados: formulário de dados sociodemográficos, escala de atitudes em relação à sexualidade na gravidez e a escala de imagem corporal na gravidez. Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética. Os dados foram tratados por análise descritiva.</p>	<p>A gravidez é um período multidimensional, marcado por mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais, que podem afetar a vida sexual e a imagem corporal da mulher. A maioria dos problemas sexuais na gravidez surgem devido a atitudes, tabus, falta de conhecimento e medo, nomeadamente a crença que a relação sexual não é segura e que prejudica o bebé. Foi determinado que mulheres com uma imagem corporal positiva durante a gravidez tinham uma atitude menos ansiosa em relação à relação sexual, e desenvolveram crenças e valores positivos. Além de que as mulheres que estavam satisfeitas com a sua vida sexual antes da gravidez tinham uma vida sexual positiva nesse período, pelo</p>	<p>tinham conhecimento sobre a manutenção da sexualidade nessa fase apresentam uma atitude positiva superior às que não se encontravam satisfeitas. A mesma relação pode ser retirada em relação à imagem corporal, sendo que mulheres que apresentam uma imagem corporal de si próprias negativa apresentam uma maior dificuldade no desenvolvimento e manutenção de vida sexual ativa durante a gravidez. Visto que os sentimentos de medo e ansiedade ficam exacerbados. Cabe aos profissionais de saúde competentes e qualificados esclarecerem devidamente todas as transformações que ocorrem durante a gravidez, e a partir daí desmitificar crenças e mitos, e contribuir com informação pertinente e acertada que possa</p>
---	--	--	--	---	--	--

					<p>contrário mulheres que não estavam satisfeitas antes da gravidez evitavam relações sexuais nessa fase.</p> <p>É de realçar também que ocorre uma diminuição gradual na frequência das relações sexuais vaginais do primeiro ao terceiro trimestre, face à dispareunia, ao aumento da região abdominal, ao declínio do desejo e à ansiedade.</p> <p>Conclui-se que à medida que a atitude positiva das mulheres em relação à sexualidade aumentava, a insatisfação da imagem corporal diminuía.</p> <p>As variáveis de imagem corporal, idade, semana de gestação, satisfação da sexualidade durante a gravidez e conhecimento da sexualidade durante a gravidez foram considerados preditores significativos quanto à exibição de</p>	<p>reduzir os níveis de medo, ansiedade e <i>stress</i> relativos à sexualidade.</p> <p>Para além disso, ao longo da gravidez o aconselhamento sobre a adoção de diferentes estratégias na relação sexual pode contribuir para a manutenção da sexualidade até ao terceiro trimestre, de forma a evitar o seu declínio ao longo da gravidez como foi evidenciado no estudo.</p> <p>Além de que as mulheres grávidas que exibem uma atitude positiva em relação à vivência da sexualidade, contribuem de forma significativa para a dinâmica familiar e para o fortalecimento dos relacionamentos com o seu conjugue.</p> <p>Com base nos preditores determinados no estudo é de realçar que se recomenda que esses sejam levados em consideração</p>
--	--	--	--	--	--	--

					atitude positiva relativa à sexualidade na gravidez.	para determinar com maior precisão as atitudes sexuais das mulheres grávidas. O aconselhamento em saúde sexual e o treino durante a gravidez pode melhorar os resultados, afetando positivamente as atitudes em relação à vivência da sexualidade.
Artigo nº4 – <i>“Factors affecting the levels of distress during pregnancy, sexual relationship power and intimate partner violence”</i> (Aksoy, Akin, & Yilmaz, 2023)	-Yasemin Erkal Aksoy -Bihter Akin -Sema Yilmaz	Ano: 2023 País: Turquia.	Determinar os fatores que afetam os níveis de sofrimento durante a gravidez, o poder no relacionamento sexual e a violência no parceiro íntimo.	Estudo descritivo. Critérios de inclusão: grávidas com pelo menos 12 semanas de gestação, com 18 anos ou mais e que se voluntariaram para participar na pesquisa. Dados colhidos numa maternidade na cidade de Konya na Turquia, entre novembro de 2019 e março de 2020. Instrumento de colheita de dados: o formulário de informações pessoais, o	A sexualidade é uma necessidade humana básica e faz parte da personalidade dos indivíduos, considerada um direito humano natural de todos os casais. Quando não existe igualdade de género, as mulheres não têm poder sobre a sua vida sexual. A decisão de engravidar deve ser uma decisão conjunta de forma que as mulheres tenham um período gestacional mais saudável e com uma melhor satisfação na vida sexual.	Na atualidade, ainda são notórias as diferenças ao nível da igualdade de direitos humanos entre mulheres e homens em alguns países do mundo, nomeadamente nos subdesenvolvidos. No entanto, não deixa de ser uma realidade que merece atenção e que deve ser combatida. A gravidez é um período em que as mulheres estão mais sensíveis e expostas a todo o tipo de fatores externos. O sofrimento vivenciado durante a gravidez é uma situação que tem

				<p>formulário de avaliação de violência conjugal, a escala de angústia na gravidez de Tilburg e a escala de poder no relacionamento sexual. Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.</p> <p>Os dados foram analisados pelo <i>Software</i> SPSS 20.0 e por análise descritiva.</p>	<p>Fatores sociodemográficos como desemprego, baixos rendimentos, hábitos alcoólicos e baixo nível de escolaridade estão relacionados a um maior risco de violência no parceiro íntimo. Embora a violência sexual seja a menos observada, pode causar riscos na saúde da mulher e do feto, e consequentemente aumentar o seu sofrimento e reprimir a sua função sexual. A sua determinação torna-se fundamental para proteger a saúde da mãe e do bebé.</p> <p>Sendo possível destacar que os níveis de sofrimento das mulheres na gravidez diminuíram quando elas se sentiam poderosas no relacionamento sexual, no controlo do relacionamento e no domínio da tomada de decisões. Pelo que a relação de partilha entre mulheres grávidas e o seu</p>	<p>um efeito negativo para a saúde da mãe, do bebé não só durante a gravidez, mas também no parto e no pós-parto.</p> <p>Sendo que a exposição à violência é uma das causas que aumenta os níveis de sofrimento durante a gravidez e consequentemente afeta todas as suas funções, nomeadamente a sexual.</p> <p>Durante a gravidez torna-se muito importante determinar se existe violência, através das consultas pré-natais. Estando comprovado que as profissionais de saúde têm uma maior facilidade e fluência para comunicar com as mulheres devido à sua profissão e ao género. É de realçar a importância de acompanhar os casais durante o período pré-natal, para detetar anormalidades, tentar reduzir os níveis de sofrimento e incentivar ao diálogo e comunicação.</p>
--	--	--	--	---	--	---

					conjugue contribui para reduzir os níveis de angústia.	
<p>Artigo nº5 – <i>“Comparative cross-sectional study on sexual function of couples during pregnancy: assisted reproductive techniques versus spontaneous conceptions”</i> (Dulger et al., 2024)</p>	<p>-Ozlem Dulger -Sinem Dinmez -Sebahat Torun -Usame Osmanoglu</p>	<p>Ano: 2024 País: Turquia</p>	<p>Comparar as funções sexuais de casais submetidos a Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) com aqueles que conceberam espontaneamente durante a gravidez.</p>	<p>Estudo transversal. Realizado na Clínica pré-natal do Hospital Goztepe Medicalpark em Istambul. Estudo realizado de janeiro a novembro de 2020. Critérios de inclusão: comunicar em turco, ter uma vida sexual contínua e participação voluntária de mulheres grávidas e dos seus parceiros. Critérios de exclusão: complicações na gravidez e ter restrições na vida sexual. Participantes: 102 casais, em que 68 casais no grupo de concepção espontânea e 34 casais no grupo TRA. Instrumento de colheita de dados: formulário de informações descritivas,</p>	<p>A sexualidade é um elemento fundamental para a vida humana e para a reprodução. Durante a gravidez as mulheres experimentam várias transformações que impactam a sua qualidade de vida no geral, incluindo o relacionamento sexual. A infertilidade também pode ter um efeito adverso na vida sexual dos casais, visto que as gravidezes resultantes de TRA são percebidas como valiosas, dispendiosas e perigosas. Estudos indicam que existe uma maior probabilidade de ocorrerem complicações e perdas gestacionais, o que provoca apreensão e preocupação relativamente à atividade sexual durante a gravidez.</p>	<p>Sabe-se que a infertilidade leva a problemas sexuais, como perda do desejo sexual, diminuição da frequência das relações sexuais, dor durante a relação sexual e dificuldade para atingir o orgasmo em mulheres. No entanto, apesar das mudanças fisiológicas, psicológicas que ocorrem durante a gravidez e de a literatura descrever que a função sexual nessa fase sofrer um impacto negativo, no estudo apresentado, em ambos os grupos (TRA e concepção espontânea) não se evidenciou uma alteração significativa relativamente a sua função sexual antes de engravidar. Em outros estudos, foram relatadas mudanças nas funções sexuais não só nas mulheres, mas também nos</p>

				<p>índice de função sexual feminina e sistema de pontuação de libido.</p> <p>Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.</p> <p>Dados foram tratados por análise descritiva.</p>	<p>No estudo, após análise foi concluído que não houve diferenças significativas ao nível da função sexual (excitação sexual, desejo sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) nos dois grupos referidos.</p> <p>É também de mencionar que complicações na gravidez como náuseas, vômitos, hipertensão induzida pela gravidez e infeções do trato urinário, não influenciaram a frequência das relações sexuais (ao contrário do que outros estudos indicam). Sendo que os motivos de não se relacionarem sexualmente, em ambos os grupos, estava relacionado com a preocupação em prejudicar o bebé e a mulher.</p> <p>Sendo de concluir de entre os dois grupos apresentados não ocorreram diferenças entre os resultados obtidos. A função</p>	<p>homens, o que não se constatou no presente estudo.</p> <p>Sabe-se que a prática de relações sexuais com fins reprodutivos causa <i>stress</i> emocional e ameaça o equilíbrio sexual do casal, no entanto neste estudo é de realçar que contrariamente ao expetável e à maioria dos estudos em ambos os grupos não foi demonstrado.</p> <p>O que se traduz numa diversidade de opiniões e perceções entre mulheres e companheiros, sendo que a escolaridade, educação e formação interferem com a forma como os indivíduos vivenciam a sua função sexual durante a gravidez, independentemente de a conceção ter sido espontânea ou não.</p> <p>O que é foi possível verificar que se mantinha de acordo com a literatura, é o facto de a frequência das relações sexuais diminuiu ao</p>
--	--	--	--	--	--	--

					sexual ao longo da gravidez manteve-se semelhante ao que era antes de engravidar e não sofreu alterações significativas, no entanto a frequência de relações sexuais diminui com o avançar dos trimestres, tal como era expetável.	longo da gravidez, devido às alterações físicas e preocupações inerentes ao parto e trabalho de parto.
Artigo nº6 – <i>“The impact of pregnancy on sexual functioning in Polish women”</i> (Szymaska, 2024)	-Edyta Szymanska -Rafal Kisielewski -Lidia Kisielewska -Janusz Tomaszewski	Ano: 2024 País: Polónia	Avaliar o funcionamento sexual feminino após a gravidez.	Estudo prospetivo. Participantes: 148 grávidas. Realizado numa clínica privada em Podlasie na Polónia Oriental. Instrumento de colheita de dados: questionário constituído por 60 perguntas sobre os relacionamentos íntimos durante e após a gravidez, anónimo e voluntário. Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.	A sexualidade é uma função biológica fundamental e inerente a todo o ser humano. No entanto, a necessidade de atividade sexual varia ao longo do tempo e é influenciada por fatores como a idade, a experiência, a condição física e de saúde. Sendo o sexo uma vertente fundamental na qualidade de vida. A vida e o funcionamento sexual das mulheres na gravidez sofre alterações devido às mudanças fisiológicas, anatómicas e hormonais. Sendo que no primeiro trimestre é o período que sofre maiores oscilações face à	Com o avançar da gravidez, as mulheres referem mudanças na sua vida sexual, nomeadamente diminuição da frequência das relações sexuais e da satisfação sentida, o que se reflete de forma negativa no seu humor, bem-estar e qualidade de vida. Sendo também de destacar que essas alterações são maioritariamente decorrentes dos sintomas sentidos (náuseas, vómitos, cefaleias, mal-estar geral). No segundo trimestre como esses diminuem, surge a fase de maior felicidade o que se reflete na vivência da sexualidade, que

				<p>Dados foram tratados através do programa SPSS.</p>	<p>diversidade de sintomas sentidos. Já no segundo trimestre, as relações sexuais tornam-se mais frequentes e satisfatórias pela diminuição dos sintomas. E por fim, no terceiro trimestre ocorre novamente declínio de relações sexuais devido a uma menor libido.</p> <p>Durante a gravidez metade das mulheres apresentou necessidade de manter relações sexuais. Sendo que foi relatada uma diminuição da satisfação de relações sexuais nesse período. Também no pós-parto foi identificada uma redução significativa do número de relações.</p> <p>No estudo, foi possível correlacionar o nível de educação com a necessidade e frequência de relações sexuais seja durante ou após a gravidez, sendo que quanto maior a educação mais frequentes</p>	<p>melhora. No final da gravidez, a existência de menor libido, o medo de indução do trabalho de parto e o receio de prejudicar o bebé provocam novamente declínio na frequência de relações sexuais.</p> <p>Visto que a anatomia e as mudanças do corpo da mulher podem dificultar a relação sexual, o casal pode adotar posições sexuais diferentes e mais confortáveis, tal como o sexo oral.</p> <p>Após análise do artigo, é de realçar que as mulheres esperam e pretendem que os profissionais de saúde esclareçam e falem com elas sobre a sexualidade na gravidez. Desta forma, os médicos e enfermeiros devem adotar uma postura confortável e falar livremente, transmitindo informações de qualidade, com as mulheres, para que estas possam expor todas as suas dúvidas sem</p>
--	--	--	--	---	--	--

					<p>eram. Visto que uma melhor educação proporciona um maior conhecimento e diminui os mitos relativos aos danos do sexo no bebé.</p> <p>Além disso, também a obtenção do orgasmo, a lubrificação e a dispareunia não foram entraves às relações sexuais. No entanto, outros estudos apresentam dados que contrariariam ao referido anteriormente.</p> <p>A autoestima é um fator essencial para a sexualidade feminina, contrariamente a outros estudos, no presente, não foram relatadas alterações no que diz respeito à atratividade antes e durante a gravidez.</p> <p>Conclui-se que a gravidez apresenta um impacto significativo na sexualidade feminina, não só durante esse período, mas também após o parto.</p>	<p>constrangimentos e saírem da consulta totalmente esclarecidas.</p> <p>Todos os resultados obtidos indicam necessidade de aconselhamento e informação, pois quanto maior for, menores são os medos em relação ao sexo durante a gravidez.</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>Artigo nº7 – <i>“Sexual quality of life and marital adjustment in pregnant women”</i> (Unal & Yagmur, 2024)</p>	<p>-Esra Ünal -Yurdagül Yağmur</p>	<p>Ano: 2024 País: Turquia</p>	<p>Determinar como a vida sexual é afetada durante a gravidez e qual o efeito dessa situação no ajustamento conjugal.</p>	<p>Estudo transversal. Critérios de inclusão: ter entre 18 e 40 anos de idade, ser mulher grávida com 8 a 40 semanas. Critérios de exclusão: ter gestações múltiplas, ter doenças crónicas, não ter tido relações sexuais devido a aborto espontâneo ou parto prematuro. Participantes: 312 mulheres grávidas admitidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um Hospital Estadual. Realizado entre junho e novembro de 2020. Instrumento de colheita de dados: formulário de informações pessoais, escala de qualidade feminina e o teste de ajustamento conjugal.</p>	<p>A sexualidade é uma experiência compartilhada por duas pessoas que se envolvem em relações sexuais, envolvendo a componente física e emocional. Esta pode ser afetada por diversas condições, nomeadamente o estado gravídico. Este apesar de ser um período feliz e especial na vida dos casais é marcado por transformações físicas, psicológicas e sociais que podem afetar a sua vida sexual. A atividade sexual é uma forma de comunicação entre os parceiros que não deve ser evitada durante a gravidez. Contribui para uma melhor adaptação à gravidez, para a intimidade do casal e autoestima da mulher. Pelo que perturbações sexuais que se iniciam na gravidez, refletem-se na harmonia conjugal e na qualidade de vida sexual, familiar e social não só no presente, mas também no futuro.</p>	<p>Um dos principais fatores que proporcionam mudanças na vida dos casais durante a gravidez é a sexualidade. Esta é afetada pelos diversos sintomas sentidos durante a gravidez, o que pode afetar de forma negativa a vida familiar dos parceiros. O ajustamento conjugal, que consiste na capacidade de um casal lidar com as dificuldades que podem surgir ao longo da sua vida em conjunto com o intuito de manter uma relação saudável, é também afetado pela comunicação, intimidade emocional e vida sexual dos parceiros. Visto que a gravidez é uma fase suscetível ao desentendimento entre o casal, estando a vida sexual e íntima afetada torna-se fundamental que haja e que se contribua para a harmonia e ajustamento conjugal. Pois</p>
---	---	---	---	---	---	--

				<p>Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.</p> <p>Os dados foram colhidos presencialmente, numa sala privada, com duração de 15 minutos.</p> <p>Dados foram tratados por análise descritiva.</p>	<p>Nos resultados obtidos constatou-se que durante a gravidez (período compatível com a pandemia de COVID-19), as mulheres apresentaram um aumento no desejo sexual e na frequência de relações sexuais. Além disso, apesar de o sexo continuar a ser considerado um tema tabu na sociedade atual, também as mulheres e casais com maior escolaridade têm maior acesso à informação resultando numa melhor comunicação e diálogo entre pares, contribuindo para uma maior satisfação sexual.</p> <p>Fatores como a empregabilidade, planeamento de gravidez e menor paridade são determinantes para um maior ajustamento conjugal e qualidade da vida sexual.</p> <p>Transversal à maioria dos estudos realizados, constatou-se que à medida que a gravidez avança,</p>	<p>contribui para a vivência não só da gravidez em si, mas também da sexualidade de forma plena.</p> <p>Os profissionais de saúde apresentam aqui um papel fundamental no aconselhamento e apoio conjugal durante os contactos, nomeadamente nas consultas de vigilância pré-natal.</p> <p>Apesar de outras pesquisas demonstrarem que a pandemia afetou a sexualidade das mulheres grávidas, as participantes do estudo referido apresentaram uma qualidade de vida sexual maior.</p> <p>É possível concluir que manter um relacionamento conjugal harmonioso durante a gravidez contribui para uma gravidez saudável e favorece o vínculo entre tríade. Pelo que é determinante compreender quais são os fatores que interferem com a harmonia do</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>aumenta a disfunção sexual, redução na frequência de relações, na percepção corporal e consequentemente na qualidade da vida sexual.</p> <p>É de destacar que existe uma correlação positiva entre a vida sexual e a harmonia conjugal.</p>	<p>casal durante a gestação e contribuir para a sua melhoria.</p> <p>Sendo de realçar, que a manutenção de um relacionamento sexual de qualidade na gravidez, aumenta o prazer do casal, mantém estabilidade na relação e melhora o bem-estar físico e psicológico.</p>
<p>Artigo nº8 – “<i>Examining the effect of weight self-stigma on attitudes toward sexuality during pregnancy using structural equation modeling</i>”. (Altinayak & Abukan, 2023)</p>	<p>-Serap Ö. Altinayak -Bilge Abukan</p>	<p>Ano: 2023 País: Turquia</p>	<p>Examinar o efeito do auto estigma relacionado com o peso nas atitudes em relação à sexualidade durante a gravidez.</p>	<p>Estudo correlacional transversal.</p> <p>Critérios de inclusão: mulheres diagnosticadas com gravidez uterina, IMC pré-gestacional > a 30 kg/m², alfabetizadas, sem doenças psiquiátricas, deficiência mental ou problemas de comunicação, sem restrição de atividade sexual pelo médico e que concordaram participar no estudo.</p> <p>Realizado entre janeiro e dezembro de 2022, nas Clínicas de Saúde da</p>	<p>A obesidade é um problema de saúde, que se tornou uma epidemia global. Essa alta prevalência na população também indica que a taxa de obesidade em mulheres em idade fértil é alta. Para além de causar predisposição para doenças crónicas, pode afetar as mulheres psicologicamente o que leva a problemas de saúde como depressão, ansiedade, distúrbios de sono e imagem corporal negativa. Sendo que na gravidez, em conjunto podem levar a resultados negativos para a mãe e para o feto. Na literatura, mais de</p>	<p>Face à prevalência de obesidade em mulheres em idade fértil, torna-se importante dirigir a atenção para questões de saúde nomeadamente para a gravidez. Na gravidez, a obesidade pode levar a diversos riscos nomeadamente diabetes gestacional, hipertensão, Pré-eclâmpsia, cesariana de emergência, ameaça de parto pré-termo, anomalias congénitas e macrossomia.</p> <p>A estigmatização da sociedade a indivíduos obesos, por meio de julgamentos negativos, pode levar à sua “auto estigmatização” e</p>

				<p>Mulher e Parto do Hospital de Educação e Pesquisa e no Centro de Aplicação e Pesquisa em Saúde, numa cidade da região central do mar negro.</p> <p>Participantes: 328 grávidas com Índice Massa Corporal (IMC) pré-gestacional superior a 30 kg/m².</p> <p>Instrumento de colheita de dados: formulário de informações sociodemográficas, questionário de auto estigma de peso e escala de atitudes em relação à sexualidade durante a gravidez.</p> <p>Os formulários foram entregues às grávidas através de um envelope e recolhidos da mesma forma.</p>	<p>metade das mortes maternas durante gravidez, parto e pós-parto ocorrem em mulheres com obesidade.</p> <p>A exclusão social e a discriminação são situações frequentemente vivenciadas, o que se traduz no estigma. Em que determinadas atitudes, pensamentos e discursos direcionados a obesos levam à sua “auto estigmatização”. A obesidade estando associada à depressão, má autoimagem e baixa autoestima pode afetar negativamente as relações sexuais.</p> <p>Após realização do estudo foi possível retirar algumas conclusões, nomeadamente que mulheres com maior nível de educação apresentavam atitudes mais positivas e menor auto estigma em relação ao peso. Também é possível destacar que</p>	<p>consequentemente afeta negativamente a autoconfiança e qualidade de vida. Para além disso, reduz também o desejo sexual e o medo de ser rotulada afeta negativamente os orgasmos.</p> <p>A educação é um fator que influencia positivamente as mulheres, visto que é evidente que quanto maior é o seu nível de escolaridade menos é o julgamento e maior a autoestima e sentimento de orgulho, sucesso e valor. Em mulheres grávidas o nível e escolaridade reduz o auto estigma, estando relacionado com o desenvolvimento da autoestima, o que afeta positivamente a sexualidade. A capacidade de movimentação fácil, a escolha de parceiras sexuais com base no peso afeta o estigma nas mulheres obesas, o que influencia a relação sexual e a imagem corporal.</p>
--	--	--	--	--	--	---

				Os dados foram tratados por estatística descritiva, análise de correlação, testes de comparação de médias e modelagem de equações estruturais. Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todos os participantes. E aprovação da comissão de ética.	mulheres que não tiveram dificuldade em se movimentar durante a relação sexual na gravidez, apresentam uma atitude mais positiva. À medida que aumentava o auto estigma das grávidas relativamente ao seu peso, a sua atitude em relação à sexualidade mudava negativamente. Pelo que o auto estigma do peso acarreta atitudes negativas em relação à sexualidade durante a gravidez em mulheres grávidas.	Foi possível constatar que a obesidade provoca uma má imagem corporal e que as funções sexuais das grávidas estão em parte relacionadas com a imagem corporal. Sendo assim, as grávidas com obesidade pré gravidez aumentam a autoestigmatização, sentem mais ansiedade, o que acarreta atitudes negativas em relação à sexualidade.
Artigo nº 13 – <i>“Exploring midwives training needs and preferences for providing sexual health education for pregnant women:</i>	- Xiaolan Xie - Jie Li - Xiaojiao Wang - Surui Liang -Xiuming Zhong - Wenzhi Cai	Ano: 2024 País: China	Explorar as necessidades e preferências das parteiras para fornecer educação sexual para mulheres grávidas.	Estudo transversal de métodos mistos. Realizado de julho a agosto de 2021. Participantes: parteiras de 19 hospitais da província de Guangdong, totalizando cerca de 474 parteiras. Critérios de inclusão: emprego ativo, posse do	Durante a gravidez, o relacionamento do casal sofre mudanças nomeadamente no que diz respeito à dinâmica sexual, o que mais tarde se pode refletir no período pós-parto. Pelo que torna fundamental durante a gravidez identificar os problemas sexuais existentes e trabalhar no sentido de os solucionar. Surge desta forma, a	A temática da sexualidade tem vindo a ganhar cada vez mais presença na sociedade e apresenta-se também como um pilar importante durante a gravidez. Sendo esta uma fase marcada por desafios, medos e dúvidas também surgem lacunas de conhecimento sobre a sexualidade. Surgem aqui as parteiras como as maiores

<p><i>a mixed-methods study”</i> (Xie, et al., 2024)</p>				<p>certificado de exame técnico em saúde materno-infantil e do certificado de qualificação para a prática de enfermagem, mínimo de um ano de experiência em sala de parto.</p> <p>Instrumento de colheita de dados: questionário que aborda as necessidades e preferências de treino das parteiras, para educação sexual para mulheres grávidas, por <i>e-mail</i> ou telefone.</p> <p>Os dados quantitativos foram tratados por análise temática.</p> <p>Foi realizado e assinado um consentimento informado por escrito a todas as participantes. E aprovação da comissão de ética.</p>	<p>oportunidade de os profissionais de saúde abordarem a temática da sexualidade e promoverem a saúde sexual.</p> <p>No entanto, apesar da necessidade raramente as mulheres/casais, enfermeiros e médicos abordam o assunto, por diversos motivos nomeadamente a falta de conhecimento. As parteiras encaminham as mulheres de acordo com os seus conhecimentos, experiência profissional e recomendações de médicos, no entanto com o tempo torna-se necessário atualizar as competências e conhecimentos sobre as preocupações sexuais. Sendo imperativo que as próprias parteiras sejam alvo de educação sexual, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento.</p>	<p>aliadas das mulheres, no sentido de as instruírem e orientaram da forma mais adequada tendo em consideração que existe uma transformação gradual à medida que os padrões de vida crescem, aumentando a necessidade de conscientização sobre saúde sexual. O facto de existir uma tendência para que as questões relacionadas com a sexualidade sejam cada vez mais normalizadas e atuais, faz com que a educação sexual e o treino sistemático aumentem significativamente o conhecimento e autoeficácia das parteiras, melhorando a sua confiança e coragem para abordar questões sexuais.</p> <p>As parteiras demonstraram um forte desejo em envolverem-se na temática de educação sexual, com o intuito de aconselharem da melhor forma possível as grávidas.</p>
--	--	--	--	---	---	--

					<p>Após ser realizada a , foram retiradas algumas conclusões, nomeadamente a importância que a educação sexual apresenta no ciclo gravídico-puerperal, sendo que à medida que os padrões de vida aumentam a temática da sexualidade na gravidez e no pós-parto está cada vez mais presente e as parteiras referem que não têm ferramentas adequadas e atualizadas para instruir e orientar as mulheres grávidas sobre o comportamento sexual apropriado.</p> <p>As parteiras expressam como preferência a educação <i>online</i>, seguida de <i>workshops offline</i>, sessões de treino e seminários/palestras. Suscitando o interesse em temas como infeções do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis, transtornos psicológicos sexuais e</p>	<p>Sendo a educação por meio <i>online</i> a preferencial entre as parteiras, e a saúde reprodutiva, a psicologia sexual, a sociologia sexual e os métodos de educação e comunicação as principais áreas de interesse de estudo.</p> <p>É possível concluir que existe uma grande necessidade de aperfeiçoar a educação sexual para as parteiras poderem implementar no futuro. Ao longo da prestação de cuidados, diversas vezes as enfermeiras sentem impotência e insegurança quanto ao papel que desempenham como educadores junto das mulheres grávidas, o que se pode solucionar com o aumento de conhecimentos e competências no âmbito da saúde sexual.</p> <p>O intuito das parteiras assenta no aperfeiçoamento do profissionalismo e comunicação em todas as áreas que influenciam</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>disfunção sexual, sexo e sociologia, métodos de implementação de educação em saúde sexual, aconselhamento em saúde sexual e competências de comunicação e ainda cuidados relacionados com o controlo de natalidade.</p>	<p>a mulher durante a gravidez, para que seja possível melhorar a saúde sexual. A educação deve de ir para além do conhecimento teórico, fomentando a capacidade de os profissionais de saúde lidarem com situações complexas, desafiantes e satisfazer as necessidades das grávidas.</p>
--	--	--	--	--	--	---

APÊNDICE VII – Protocolo do Projeto do Trabalho de Campo

Protocolo do Projeto do Trabalho de Campo

Título do projeto: “Vivência da sexualidade na gravidez: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna/Obstétrica”

Pesquisador principal: Carolina Cotrim Leitão

Instituição de afiliação: Unidade Local de Saúde [REDACTED] – Unidade de [REDACTED]

Contato do pesquisador principal: 912 383 766

Endereço de e-mail do pesquisador principal: 230000135@essaude.ipsantarem.pt

Orientador pedagógico: Professora Adjunta Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgado

Contato do orientador pedagógico: 938 245 320

Endereço de e-mail do orientador pedagógico:
susana.delgado@essaude.ipsantarem.pt

Outros elementos da equipa: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ana Margarida Jesus como enfermeira orientadora da mestranda no contexto de consulta de vigilância pré-natal e como colaboradora na realização do trabalho de campo.

Instituição responsável pelo relatório: Escola Superior de Saúde de Santarém pertencente ao Instituto Politécnico de Santarém

Local do estudo: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade de [REDACTED], nomeadamente no contexto de consulta de vigilância pré-natal

Resumo do projeto:

Enquadramento: Este projeto integra o percurso de aprendizagem bem como o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Objetivo:** Aprofundar conhecimentos sobre a vivência da sexualidade da mulher durante a gravidez. Como objetivos específicos, caracterizar sociodemograficamente a população alvo, identificar alterações manifestadas ao nível da vivência da sexualidade após engravidar, identificar as diferenças relativas à vivência da sexualidade nos três trimestres da gravidez e mapear os fatores que condicionam a vivência plena da sexualidade durante a gravidez. **Metodologia:** aplicação de instrumento de colheita de dados (questionário), voluntário, anónimo, informado e confidencial a um número de 50 mulheres, dividido em três dimensões: caracterização sociodemográfica,

comportamento sexual e função sexual. **Resultados:** após análise dos dados colhidos, os resultados serão divulgados em Relatório de Estágio com o intuito de dar resposta aos objetivos acima delineados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; gravidez; mulher; sexualidade; saúde sexual.

Introdução:

Segundo a OMS (1992) citado por APF (2024), a sexualidade pode ser definida como “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde mental”. Sendo influenciada por pensamentos, sentimentos, ações e interações, por outro lado pode ser limitada pelos mitos, tabus, preconceitos e relações desiguais de poder entre mulher e homem existentes na sociedade.

O conceito de sexualidade tem vindo a evoluir ao longo do tempo, e assume uma dimensão ampla, essencial e presente em todas as fases do ciclo de vida, que tende a sobressair-se em determinados momentos, nomeadamente do processo gravídico-puerperal. Sendo que durante esta etapa de vida pode assumir-se como um desafio para os casais, tornando-se necessário assegurar um apoio diferenciado e especializado (Rocha, 2020).

Na gravidez, a sexualidade é um tema desafiante, no entanto começa a ser cada vez mais abordado de forma a desmistificar mitos, crenças, valores morais e culturais e preconceitos existentes. Este período é marcado por alterações físicas, psíquicas e emocionais que podem interferir com a forma como a mulher e/ou casal vive a sua sexualidade. Acrescentar que a falta de informação na comunidade junto dos casais que se preparam para ser pais acarreta mitos e preocupações sobre os malefícios e as consequências que a prática sexual pode trazer, leva à sua privação e impede que desfrutem da sexualidade de forma plena. A vivência da sexualidade exige abertura na comunicação, compreensão, suporte mútuo, flexibilidade e criatividade (Coelho, 2016; Maciel, 2011).

A gravidez não deve ser uma barreira à vivência plena da sexualidade, seja individual ou coletiva, salvo indicação dos profissionais de saúde, sendo que a desinformação assume aqui um papel preponderante. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde informar a mulher e/ou casal durante as consultas de vigilância pré-natal e esclarecer sobre a sexualidade durante a gravidez (DGS, 2015).

De acordo com o regulamento de competências do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, este assume o papel “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13561).

Com tudo o que foi mencionado e após fazer uma reflexão crítica sobre a vivência da sexualidade na gravidez, tornou-se para mim importante abordar esta temática ao longo da realização do estágio nos diversos contextos. Com o intuito de relacionar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica com a vivência da sexualidade, surgiu a questão de investigação “como é vivenciada a sexualidade da mulher durante a gravidez?”, assumindo-se como a guia orientadora do trabalho desenvolvido e passível de ser incluída no relatório final de estágio para obtenção do grau de mestre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Sendo que a questão de investigação foi construída segundo a metodologia PCC (População: mulheres, Conceito: sexualidade, Contexto: gravidez).

Metodologia:

- **Tipo de estudo/método de investigação:** Pretende-se utilizar para o desenvolvimento do projeto de investigação o método quantitativo com desenho transversal do tipo descritivo, com recurso à técnica de inquérito por questionário, não experimental.

- **Amostra:** Para a realização do estudo a população alvo pretendida são as mulheres grávidas pertencentes à ULS. Sendo que o meio de seleção da amostra para o estudo pressupõe a adoção de técnica de amostragem não probabilística, mais concretamente a técnica de amostragem no local, devendo obedecer aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar grávida, frequentar consultas de vigilância pré-natal na ULS, desenvolver uma gravidez sem complicações maternas e fetais associadas, apresentar disponibilidade para participar de forma voluntária no projeto e deter capacidade para ler e escrever em língua portuguesa. O intuito será obter a participação de 50 participantes, de forma a garantir a sustentabilidade e a fidedignidade do trabalho de campo pretendido.

- **Contexto/aplicação do estudo:** Pretende-se aplicar o estudo em contexto de consulta de enfermagem de vigilância pré-natal no serviço de Ginecologia e Obstetrícia

do hospital. Sendo escolhido o final da consulta para a entrega de um impresso de informação ao participante, um consentimento informado e o questionário, onde primeiramente será explicado a finalidade e a pertinência do estudo de forma que a mulher decida de forma livre, voluntária, esclarecida e informada. Assegurando sempre a privacidade da participante durante a leitura e preenchimento dos documentos entregues, não excedendo a hora prevista de cerca de 10 a 15 minutos.

- **Instrumento de colheita de dados:** O questionário intitulado de “Questionário de Sexualidade na Gestação” desenvolvido por Savall e Cardoso em 2008 e posteriormente em 2009 reduzido por Cardoso e Sacomori, foi o selecionado para ser utilizado como instrumento de colheita de dados para a realização do estudo. O questionário é constituído por 29 questões relacionadas com a vivência da sexualidade na gravidez, sendo dividido por três partes, primeiramente integra cerca de 4 questões que permitem a caracterização sociodemográfica da amostra, seguida de 9 questões relativas ao comportamento sexual e por fim 15 questões sobre a função sexual. O questionário selecionado considera-se de fácil e de rápido preenchimento, redigido em português e apresenta linguagem acessível às participantes selecionadas. Pretende-se que o estudo seja realizada durante a realização do estágio da mestranda no contexto de consulta de vigilância pré-natal, delimitado de 31 de março de 2025 a 30 de maio de 2025.

Para a análise dos dados colhidos através do questionário pretende-se utilizar a estatística descritiva quantitativa, apresentando os resultados do estudo através de tabelas e gráficos, de forma a esquematizar os dados, apelando à determinação de frequências absolutas e relativas.

- **Considerações éticas:** Visto que se trata de um estudo que envolve seres humanos, acaba por gerar preocupações éticas que serão respeitadas. Nomeadamente o princípio da autodeterminação, salvaguardando a capacidade de decisão do próprio inquirido, sobre a participação ou não no estudo. Para além do referido, o estudo terá em consideração o princípio do respeito à pessoa, à privacidade e à confidencialidade, com recurso a um consentimento informado e impresso de informação ao participante, explicando aos participantes o estudo em si, protegendo a participante e mantendo a confidencialidade dos dados. Sendo um questionário voluntário, livre, informado, anónimo e confidencial, que após o seu preenchimento será colocado pela própria participante numa caixa com uma abertura superior com tamanho suficiente para colocar apenas o impresso e com cadeado. Durante o período de recolha de dados, esta caixa será guardada numa sala fechada à chave, em que a chave fica no gabinete da enfermeira

responsável do serviço de Ginecologia e Obstetrícia. A caixa será aberta apenas quando terminar o estágio, para poder proceder à análise de dados. A documentação será apenas tratada pela investigadora e será guardada numa gaveta trancada à chave, a qual apenas a mesma terá acesso. Durante a colheita de dados não existe recolha de dados pessoais de forma a garantir a privacidade e confidencialidade. Os dados transcritos para a vertente digital serão guardados numa tabela protegida por palavra-passe, sem qualquer identificação dos participantes garantindo a segurança. No final da realização, entrega e apresentação do projeto do trabalho de campo (previsto para o ano de 2026) todos os dados recolhidos serão destruídos. É importante ainda realçar que não há obrigatoriedade de responder a todas as questões pertencentes ao questionário, pelo que a qualquer momento podem retirar o consentimento sem ter de justificar não havendo qualquer tipo de discriminação ou prejuízo/dano. Os resultados serão utilizados apenas para o fim a que se destinam.

Financiamento e orçamento: Os encargos financeiros existentes são apenas relativas à impressão dos documentos, que ficaram à responsabilidade da investigadora principal. Sendo que para a instituição promotora do projeto (Escola Superior de Saúde de Santarém), para a instituição onde se pretende executar o projeto (ULS) e para as participantes não existe qualquer encargo financeiro.

Cronograma – Projeto do Trabalho de Campo

Vivência da sexualidade na Gravidez: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna/Obstétrica

Atividades	2024			2025								
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Definição da temática	✓											
Definição dos objetivos	✓											
Escolha do local para o projeto do trabalho de campo/colheita de dados		✓										
Construção do enquadramento teórico		✓	✓	✓	✓							
Definição da metodologia do trabalho de campo				✓								
Pedido de parecer à comissão de ética da instituição de saúde (ULS)					✓							
Colheita de dados							✓	✓				
Análise dos dados colhidos									✓	✓		
Elaboração do relatório do trabalho de campo										✓	✓	
Entrega da tese de mestrado												✓
Reunião com orientadora		✓	✓		✓		✓	✓		✓		✓

Referências bibliográficas

- Associação para o Planeamento Familiar (APF). (2024). *Sexualidade*. <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Coelho, M. J. (2016). *O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez* [Relatório de estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/18130>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Maciel, P. D. (2011). *Sexualidade na gestação: Ações de enfermagem no atendimento pré-natal*. [Trabalho de conclusão de curso de especialização em enfermagem obstétrica] Universidade Federal de Minas Gerais. <https://hdl.handle.net/1843/BUBD-9DNG9B>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 85, de 3 de maio de 2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Rocha, R. S. (2020). *Guia da Gravidez Ativa. Atividade física, Exercício, Desporto e Saúde na Gravidez e Pós-Parto*. Escola Superior de Saúde de Rio Maior

APÊNDICE VIII – Tabelas com os resultados relativos aos dados sociodemográficos

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes

	n	%
Idade (M ± DP)	31,69 (9,34)	
Escolaridade		
1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º anos)	0	0
2º Ciclo (5º e 6º anos)	0	0
3º Ciclo (7º, 8º e 9º anos)	13	24,1
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º anos)	18	33,3
Licenciatura	18	33,3
Mestrado	5	9,3
Doutoramento	0	0
Estado Civil		
Solteira	6	11,0
Separada	1	1,9
União estável (mora com companheiro)	29	53,7
Casada	17	31,5
Divorciada	1	1,9
Viúva	0	0
Planeamento da gravidez		
Não queria engravidar	7	12,9
Queria engravidar, mas não agora	7	12,9
Estava pronta para engravidar	39	72,3
Ausência de resposta	1	1,9

APÊNDICE IX - Tabelas com os resultados relativos aos dados
sobre comportamento sexual

Tabela 2. Tempo de relacionamento

	Frequência	Percentagem
0 – 2 anos	9	16,7
3 – 10 anos	29	53,7
11 – 20 anos	14	25,9
Mais de 20 anos	2	3,7
Total	54	100

Tabela 3. Número de Parceiros Sexuais

	Frequência	Percentagem
1 – 3	43	79,5
4 – 6	3	5,6
7 – 10	3	5,6
Mais de 10	0	0
Ausência de resposta	5	9,3
Total	54	100

Tabela 4. Já falou com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Não	29	53,7
Sim, superficialmente	16	29,6
Sim, detalhadamente	9	16,7
Total	54	100

Tabela 5. Já falou com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não	37	68,5
Sim, superficialmente	12	22,2
Sim, detalhadamente	5	9,3
Total	54	100

Tabela 6. Já falou com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não	36	85,7
Sim, superficialmente	5	11,9
Sim, detalhadamente	1	2,4
Total	42	100

Tabela 7. Já falou com ginecologista/obstetra sobre a sexualidade – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não	19	70,4
Sim, superficialmente	7	25,9
Sim, detalhadamente	1	3,7
Total	27	100

Tabela 8. Idade da primeira relação sexual

	Frequência	Percentagem
< 15 anos	5	9,3
15 – 20 anos	40	74
21 -25 anos	7	12,9
> 25 anos	1	1,9
Ausência de resposta	1	1,9
Total	54	100

Tabela 9. Iniciativa para relação sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Eu mesma	4	7,4
Ele	15	27,8
Os dois	35	64,8
Total	54	100

Tabela 10. Iniciativa para relação sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Eu mesma	3	5,6
Ele	16	29,6
Os dois	35	64,8
Total	54	100

Tabela 11. Iniciativa para relação sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Eu mesma	7	16,7
Ele	17	40,5
Os dois	18	42,8
Total	42	100

Tabela 12. Iniciativa para relação sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Eu mesma	1	3,8
Ele	13	48,1
Os dois	13	48,1
Total	27	100

Tabela 13. Frequência de relações sexuais – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca	0	0
Entre 1 – 8 vezes por mês	26	48,2
Entre 8 – 20 vezes por mês	19	35,2
Todos os dias	7	12,9
Mais que uma vez dia	2	3,7
Total	54	100

Tabela 14. Frequência de relações sexuais – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	8	14,8
Entre 1 – 8 vezes por mês	33	61,1
Entre 8 – 20 vezes por mês	10	18,5
Todos os dias	2	3,7
Mais que uma vez dia	1	1,9
Total	54	100

Tabela 15. Frequência de relações sexuais – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	3	7,1
Entre 1 – 8 vezes por mês	33	78,6
Entre 8 – 20 vezes por mês	4	9,5
Todos os dias	2	4,8
Mais que uma vez dia	0	0
Total	42	100

Tabela 16. Frequência de relações sexuais – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	4	14,8
Entre 1 – 8 vezes por mês	19	70,4
Entre 8 – 20 vezes por mês	3	11,1
Todos os dias	1	3,7
Mais que uma vez dia	0	0
Total	27	100

Tabela 17. Práticas Sexuais – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Masturbação	31	27,7
Sexo Oral	29	25,9
Sexo Vaginal	48	42,9
Sexo Anal	4	3,5
Total	112	100

Tabela 18. Práticas Sexuais – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	20	26,3
Sexo Oral	19	25,0
Sexo Vaginal	36	47,4
Sexo Anal	1	1,3
Total	76	100

Tabela 19. Práticas Sexuais – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	18	26,9
Sexo Oral	15	22,4
Sexo Vaginal	34	50,7
Sexo Anal	0	0
Total	67	100

Tabela 20. Práticas Sexuais – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	14	31,1
Sexo Oral	7	15,6
Sexo Vaginal	24	53,3
Sexo Anal	0	0
Total	45	100

Tabela 21. Preliminares antes da relação sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	1	1,9
Às vezes – Maioria das vezes	19	35,2
Sempre	34	62,9
Total	54	100

Tabela 22. Preliminares antes da relação sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	7	13,0
Às vezes – Maioria das vezes	18	33,3
Sempre	29	53,7
Total	54	100

Tabela 23. Preliminares antes da relação sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	3	7,1
Às vezes – Maioria das vezes	14	33,3
Sempre	25	59,6
Total	42	100

Tabela 24. Preliminares antes da relação sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	0	0
Às vezes – Maioria das vezes	5	18,5
Sempre	22	81,5
Total	27	100

Tabela 25. Posições Sexuais – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Posições com “interferência da barriga”	48	51,6
Posições sem “interferência da barriga”	45	48,4
Total	93	100

Tabela 26. Posições Sexuais – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Posições com “interferência da barriga”	31	49,2
Posições sem “interferência da barriga”	32	50,8
Total	63	100

Tabela 27. Posições Sexuais – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Posições com “interferência da barriga”	24	46,2
Posições sem “interferência da barriga”	28	53,8
Total	52	100

Tabela 28. Posições Sexuais – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Posições com “interferência da barriga”	8	25
Posições sem “interferência da barriga”	24	75
Total	32	100

Tabela 29. Relações sexuais com desconhecidos ou pessoas pouco conhecidas

	Frequência	Percentagem
Nunca	42	77,7
Raramente	8	14,8
Às vezes	3	5,6
Ausência de resposta	1	1,9
Total	54	100

**APÊNDICE X - Tabelas com os resultados relativos aos dados
sobre resposta sexual/função sexual**

Tabela 30. Avaliação do desejo sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	3	5,6
4 – 7	19	35,2
8 – 10	32	59,2
Total	54	100

Tabela 31. Avaliação do desejo sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	18	33,3
4 – 7	20	37,0
8 – 10	16	29,7
Total	54	100

Tabela 32. Avaliação do desejo sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	9	21,4
4 – 7	20	47,6
8 – 10	13	31,0
Total	42	100

Tabela 33. Avaliação do desejo sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	10	37,0
4 – 7	10	37,0
8 – 10	7	26,0
Total	27	100

Tabela 34. Avaliação da excitação sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	3	5,6
4 – 7	17	31,5
8 – 10	34	62,9
Total	54	100

Tabela 35. Avaliação da excitação sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	17	31,5
4 – 7	17	31,5
8 – 10	20	37,0
Total	54	100

Tabela 36. Avaliação da excitação sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	9	21,4
4 – 7	19	45,3
8 – 10	14	33,3
Total	42	100

Tabela 37. Avaliação da excitação sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	10	37,0
4 – 7	8	29,7
8 – 10	9	33,3
Total	27	100

Tabela 38. Avaliação da lubrificação vaginal – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	3	5,6
4 – 7	22	40,7
8 – 10	29	53,7
Total	54	100

Tabela 39. Avaliação da lubrificação vaginal – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	12	22,2
4 – 7	17	31,5
8 – 10	25	46,3
Total	54	100

Tabela 40. Avaliação da lubrificação vaginal – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	9	21,4
4 – 7	17	40,5
8 – 10	16	38,1
Total	42	100

Tabela 41. Avaliação da lubrificação vaginal – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	5	18,5
4 – 7	10	37,1
8 – 10	12	44,4
Total	27	100

Tabela 42. Avaliação da satisfação sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	2	3,7
4 – 7	8	14,8
8 – 10	44	81,5
Total	54	100

Tabela 43. Avaliação da satisfação sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	8	14,8
4 – 7	13	24,1
8 – 10	33	61,1
Total	54	100

Tabela 44. Avaliação da satisfação sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	3	7,1
4 – 7	11	26,2
8 – 10	28	66,7
Total	42	100

Tabela 45. Avaliação da satisfação sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	15	55,6
4 – 7	5	18,5
8 – 10	7	25,9
Total	27	100

Tabela 46. Experiência de orgasmo

	Frequência	Percentagem
Sim	49	90,7
Não	5	9,3
Total	54	100

Tabela 47. Idade do primeiro orgasmo

	Frequência	Percentagem
< 15 anos	2	4,1
15 – 20 anos	39	79,6
21 -25 anos	7	14,3
> 25 anos	1	2,0
Total	49	100

Tabela 48. Frequência do orgasmo durante a vida sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	2	4,1
Às vezes – Maioria das vezes	20	40,8
Sempre	27	55,1
Total	49	100

Tabela 49. Frequência do orgasmo durante a vida sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	6	12,3
Às vezes – Maioria das vezes	23	46,9
Sempre	20	40,8
Total	49	100

Tabela 50. Frequência do orgasmo durante a vida sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	16	43,2
Às vezes – Maioria das vezes	18	48,7
Sempre	3	8,1
Total	37	100

Tabela 51. Frequência do orgasmo durante a vida sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – Raramente	2	8,0
Às vezes – Maioria das vezes	15	60,0
Sempre	8	32,0
Total	25	100

Tabela 52. Intensidade do orgasmo – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	3	6,1
4 – 7	13	26,6
8 – 10	33	67,3
Total	49	100

Tabela 53. Intensidade do orgasmo – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	7	14,2
4 – 7	20	40,8
8 – 10	22	45,0
Total	49	100

Tabela 54. Intensidade do orgasmo – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	4	10,8
4 – 7	19	51,4
8 – 10	14	37,8
Total	37	100

Tabela 55. Intensidade do orgasmo – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	8	32,0
4 – 7	10	40,0
8 – 10	7	28,0
Total	25	100

Tabela 56. Sensação de dor/desconforto durante relação sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca – depende da posição	46	85,1
Somente na penetração	6	11,1
Sempre	1	1,9
Ausência de resposta	1	1,9
Total	54	100

Tabela 57. Sensação de dor/desconforto durante relação sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – depende da posição	41	75,9
Somente na penetração	11	20,3
Sempre	1	1,9
Ausência de resposta	1	1,9
Total	54	100

Tabela 58. Sensação de dor/desconforto durante relação sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – depende da posição	37	88,0
Somente na penetração	4	9,6
Sempre	1	2,4
Total	42	100

Tabela 59. Sensação de dor/desconforto durante relação sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca – depende da posição	23	85,2
Somente na penetração	3	11,1
Sempre	1	3,7
Total	27	100

APÊNDICE XI - Tabelas com os resultados relativos aos dados sobre os aspetos simbólicos relacionados com a sexualidade

Tabela 60. Gosto em relação há atividades sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Não tive atividade sexual	0	0
Não gosto	0	0
Gosto	47	87,0
Ausência de resposta	7	13,0
Total	54	100

Tabela 61. Gosto em relação há atividades sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não tive atividade sexual	5	9,3
Não gosto	5	9,3
Gosto	37	68,5
Ausência de resposta	7	12,9
Total	54	100

Tabela 62. Gosto em relação há atividades sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não tive atividade sexual	2	4,8
Não gosto	9	21,4
Gosto	31	73,8
Total	42	100

Tabela 63. Gosto em relação há atividades sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Não tive atividade sexual	2	7,4
Não gosto	3	11,1
Gosto	22	81,5
Total	27	100

Tabela 64. Dependendo da disposição da mulher, frequência de relações sexuais – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca	0	0
Entre 1 – 8 vezes por mês	25	46,3
Entre 8 – 20 vezes por mês	19	35,2
Todos os dias	8	14,8
Mais que uma vez dia	2	3,7
Total	54	100

Tabela 65. Dependendo da disposição da mulher, frequência de relações sexuais – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	6	11,1
Entre 1 – 8 vezes por mês	24	44,4
Entre 8 – 20 vezes por mês	16	29,7
Todos os dias	8	14,8
Mais que uma vez dia	0	0
Total	54	100

Tabela 66. Dependendo da disposição da mulher, frequência de relações sexuais – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	2	4,8
Entre 1 – 8 vezes por mês	25	59,5
Entre 8 – 20 vezes por mês	11	26,2
Todos os dias	4	9,5
Mais que uma vez dia	0	0
Total	42	100

Tabela 67. Dependendo da disposição da mulher, frequência de relações sexuais – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	1	3,7
Entre 1 – 8 vezes por mês	21	77,8
Entre 8 – 20 vezes por mês	3	11,1
Todos os dias	2	7,4
Mais que uma vez dia	0	0
Total	27	100

Tabela 68. Dependendo da disposição do parceiro, frequência de relações sexuais – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Nunca	1	1,9
Entre 1 – 8 vezes por mês	4	7,4
Entre 8 – 20 vezes por mês	20	37,0
Todos os dias	18	33,3
Mais que uma vez dia	11	20,4
Total	54	100

Tabela 69. Dependendo da disposição do parceiro, frequência de relações sexuais – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	4	7,4
Entre 1 – 8 vezes por mês	11	20,3
Entre 8 – 20 vezes por mês	17	31,5
Todos os dias	15	27,8
Mais que uma vez dia	7	13,0
Total	54	100

Tabela 70. Dependendo da disposição do parceiro, frequência de relações sexuais – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	3	7,2
Entre 1 – 8 vezes por mês	8	19,0
Entre 8 – 20 vezes por mês	15	35,7
Todos os dias	13	30,9
Mais que uma vez dia	3	7,2
Total	42	100

Tabela 71. Dependendo da disposição do parceiro, frequência de relações sexuais – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Nunca	2	7,4
Entre 1 – 8 vezes por mês	8	29,6
Entre 8 – 20 vezes por mês	7	26,0
Todos os dias	9	33,3
Mais que uma vez dia	1	3,7
Total	27	100

Tabela 72. Práticas sexuais que proporcionam prazer– Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Masturbação	30	31,2
Sexo Oral	21	21,9
Sexo Vaginal	40	41,7
Sexo Anal	5	5,2
Total	96	100

Tabela 73. Práticas sexuais que proporcionam prazer– 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	16	22,2
Sexo Oral	18	25,0
Sexo Vaginal	35	48,6
Sexo Anal	3	4,2
Total	72	100

Tabela 74. Práticas sexuais que proporcionam prazer– 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	24	28,9
Sexo Oral	19	22,9
Sexo Vaginal	38	45,8
Sexo Anal	2	2,4
Total	83	100

Tabela 75. Práticas sexuais que proporcionam prazer– 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Masturbação	21	31,8
Sexo Oral	18	27,3
Sexo Vaginal	25	37,9
Sexo Anal	2	3,0
Total	66	100

Tabela 76. Consideração da vida sexual – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
Muito ruim – ruim	4	7,4
Regular – Boa	32	59,3
Excelente	18	33,3
Total	54	100

Tabela 77. Consideração da vida sexual – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Muito ruim – ruim	11	20,4
Regular – Boa	32	59,2
Excelente	11	20,4
Total	54	100

Tabela 78. Consideração da vida sexual – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Muito ruim – ruim	8	19,0
Regular – Boa	28	66,7
Excelente	6	14,3
Total	42	100

Tabela 79. Consideração da vida sexual – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
Muito ruim – ruim	3	11,1
Regular – Boa	22	81,5
Excelente	2	7,4
Total	27	100

Tabela 80. Importância do sexo na vida – Antes da Gestação

	Frequência	Percentagem
0 – 3	2	3,7
4 – 7	17	31,5
8 – 10	35	64,8
Total	54	100

Tabela 81. Importância do sexo na vida – 1º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	9	16,7
4 – 7	19	35,2
8 – 10	26	48,1
Total	54	100

Tabela 82. Importância do sexo na vida – 2º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	10	23,8
4 – 7	16	38,1
8 – 10	16	38,1
Total	42	100

Tabela 83. Importância do sexo na vida – 3º Trimestre

	Frequência	Percentagem
0 – 3	11	40,7
4 – 7	9	33,3
8 – 10	7	26,0
Total	27	100

APÊNDICE XII – Consentimento Informado

Informação sobre o estudo

Título do estudo: “Vivência da sexualidade na gravidez: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna/Obstétrica”

Investigador principal: Carolina Cotrim Leitão

Contatos: 230000135@essaude.ipsantarem.pt

Orientador pedagógico: Professora Adjunta Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgadinho

A gravidez é considerada uma das etapas mais importantes na vida de um casal, sendo um momento vivido cheio de sentimentos ambivalentes e fortes emoções. Tal como qualquer outro acontecimento na vida, também a ele estão associados mitos, medos e crenças. É uma fase de vida caracterizada por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais tanto para a mulher como para o seu parceiro, o que pode influenciar a intimidade e atividade sexual do casal. Ao enfermeiro, enquanto educador para a saúde, é reservado o papel de capacitação da mulher/casal na vivência da sua sexualidade (Martins, 2018)¹.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, encontro-me a desenvolver um projeto individual de investigação que tem como objetivos:

- Aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade da mulher durante a gravidez, nas mulheres pertencentes à população da Unidade Local de Saúde (ULS) [REDACTED]
- Caracterizar as mulheres grávidas pertencentes à ULS [REDACTED]
- Identificar as alterações manifestadas ao nível da vivência da sexualidade após engravidar;
- Identificar as diferenças relativas à vivência da sexualidade nos três trimestres da gravidez;
- Analisar os fatores que condicionam a vivência plena da sexualidade durante a gravidez.

¹ Martins, A. C. (Setembro de 2018). *Vivência da Sexualidade durante a Gravidez*. Porto, Portugal: Universidade do Porto - Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Com o intuito de dar resposta aos objetivos delineados e recolher contributos, no final da realização da consulta de vigilância pré-natal, pretendo informar as mulheres sobre o estudo (justificação e pertinência) e esclarecer dúvidas, averiguando a possibilidade de participarem no estudo. Caso concordem, é entregue o consentimento informado e o questionário intitulado de “Questionário de Sexualidade na Gestação”, em gabinete privado e sem interrupções, com duração de 10 a 15 minutos.

O anonimato e a confidencialidade das participantes serão garantidos, tal como os dados obtidos através do questionário e que são serão destruídos no final da realização do estudo. Os resultados serão utilizados apenas para o fim a que se destinam.

Caso haja algum inconveniente, os participantes encontrar-se-ão protegidos, cessando o questionário em qualquer momento que entenderem, sem qualquer tipo de represália. É ainda de realçar que não existem custos nem despesas associadas à sua participação. A participação no estudo é livre e voluntária. É de extrema importância que as respostas decorram com honestidade e sinceridade, sem receios.

Declaração do investigador

Confirmo que expliquei à participante, de forma adequada os procedimentos referidos no documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti à participante que tem o direito de recusa de participar ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação dos melhores cuidados necessários à sua situação clínica.

Asseguro-lhe que o anonimato será preservado, e todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial, destinando-se exclusivamente a este estudo. Os dados serão codificados e posteriormente destruídos após a conclusão do projeto.

Em caso de dúvidas, estou disponível para esclarecimentos.

Agradeço pela sua atenção e colaboração.

Unidade Local de Saúde XXXXXXXXXX

Data: __/__/2025

Assinatura do investigador principal: _____

**Consentimento informado para a participação no projeto de investigação
“Vivência da sexualidade na gravidez: intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo dos documentos entregues. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine o documento.

Considerando a Lei 21/2014 de 16 de abril, que aprova a lei da investigação clínica.

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação delineada e que se pretende realizar, bem como os objetivos, pertinência e metodologia do estudo. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que considerei necessárias, obtendo resposta satisfatória em todas.

Compreendi que tenho o direito de recusar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tenha repercussões. Igualmente, foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos.

Aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Data: __/__/2025

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador principal: _____

ANEXOS

ANEXO I – Síntese de experiências

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	167
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	253
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	52
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	20
• Episiotomia/Episiotomy	8
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy	39
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	90
• Trabalho de parto/Labor	13
• Puerpério/Puerperium	20
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	124
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	124
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	20
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	48
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	✓
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	✓
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	—
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	✓
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	✓

Santarém, 11 julho 2025

Estudante/Student Carolina Catarina Santos

Professor/Teacher _____

Coordenador do curso/The course coordinator _____

Assinado por: **Marla da Conceição Fernandes Santiago**

Num. de Identificação: 0856061

**ANEXO II - Certificado de Participação nas Jornadas Internacionais
EdSex-Évora. Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios do Ensino
Superior**



**Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco:
Diálogos e Desafios no Ensino Superior
2 e 3 de junho 2025**

CERTIFICADO

Certifica-se que CAROLINA LEITÃO participou nas **Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior**, que se realizaram em Évora/Portugal nos dias 02 e 03 de Junho de 2025.

Évora, 4 de Junho de 2025

Assinado por: **Maria Eugénia Prates Simões**
Num. de Identificação: 05242406

A Comissão Organizadora das Jornadas Internacionais EdSex-Évora
Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior

ANEXO III - Certificado de Exposição do Póster “A Intervenção do Enfermeiro na Vivência da Sexualidade na Gravidez nas Jornadas Internacionais *EdSex-Évora*. Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios do Ensino Superior



**Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco:
Diálogos e Desafios no Ensino Superior**
2 e 3 de junho 2025

CERTIFICADO

Certifica-se que o POSTER intitulado A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ da autoria de Carolina Leitão, Susana do Vale foi exposto durante as **Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior**, que se realizaram em Évora/Portugal nos dias 02 e 03 de Junho de 2025.

Évora, 5 de Junho de 2025

Assinado por: **Maria Eugénia Prates Simões**
Num. de Identificação: 05242406

A Comissão Organizadora das Jornadas Internacionais EdSex-Évora
Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior

**ANEXO IV - Certificado do Curso de Formação Profissional “Parto
Em Movimento”**



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Entidade Acreditada. Despacho Nº 13019 De 29-07-98 Do Ministério Da Saúde

CENTRO DE FORMAÇÃO

Certifica que

CAROLINA COTRIM LEITÃO (82782)

Natural de Portugal, nascido(a) a 30/10/1997, nacionalidade português(a), sexo Feminino, portador(a) do documento de identificação n.º 15173209-4ZX7, válido até 23/12/2025.

Participou no

Curso de Formação Profissional "Parto Em Movimento By Núria Vives- módulo 3 (Técnicas de respiração: Gravidez e parto) e módulo 4 (Períneo, respiração e movimento na Gravidez e Parto)", como formando(a) no(s) dia(s) 4, 5, 6 de Novembro de 2024, com a duração total de 21.5 horas, promovido pela Unidade Local de Saúde

05/01/2025

A Direção do Serviço de Gestão
de Recursos Humanos.

Certificado Nº 1574/2024

ANEXO V - Certificado do Curso de Sutura Perineal baseado na Evidência



CURSO DE SUTURA PERINEAL BASEADO EM EVIDÊNCIA

Este certificado foi concedido a:

CAROLINA COTRIM LEITÃO

Por ter participado no curso presencial teórico-prática,
com a carga horária de 8 horas, realizada no
Hotel TRYP Lisboa Caparica Mar, na Costa da Caparica
- Almada,
no dia 22 de Maio de 2025

Formadora

Ana Leonor Mineiro

ANEXO VI – Questionário da Sexualidade na Gestação

COMPORTAMENTO SEXUAL

Questionário de Sexualidade na Gravidez (QSG)

⇒ *Você irá responder às perguntas em relação aos trimestres de sua gestação atual.*

1. Idade: _____ anos.

Data Atual: _____ / _____

2. Qual a sua escolaridade?

0. () 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º Anos) 3. () Ensino Secundário (10º, 11º e 12º Anos) 6. () Doutoramento

1. () 2º Ciclo (5º e 6º Anos) 4. () Licenciatura

2. () 3º Ciclo (7º, 8º e 9º Anos) 5. () Mestrado

3. Qual o seu estado civil?

0. () Solteira. 2. () União estável (morando com companheiro) 4. () Divorciada.
1. () Separada 3. () Casada. 5. () Viúva.

4. Você queria engravidar?

0. () Não queria engravidar. 1. () Queria engravidar, mas não agora. 2. () Estava pronta para engravidar.

5. Quanto tempo de relacionamento, em anos ou meses, você tem com seu parceiro atual? _____

6. Quantos parceiros sexuais você já teve anteriormente, incluindo o atual? _____ parceiros.

7. Você já conversou com o seu ginecologista obstetra ou outro profissional da saúde a respeito da sexualidade?

	Antes Gravidez	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Não				
1. Sim, superficialmente				
2. Sim, em detalhes				

8. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos.

9. Quem mais comumente tomava a iniciativa para ter relação sexual?

	Antes Gravidez	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Eu mesma				
1. Meu marido/companheiro				
2. Nós dois na mesma proporção				

10. Quantas vezes você teve relações sexuais?

	Antes Gravidez	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Uma vez por mês				
2. Uma vez a cada 15 dias				
3. Uma vez por semana				
4. Duas vezes por semana				
5. Três vezes por semana				
6. Quatro vezes por semana				
7. Cinco vezes por semana				
8. Todos os dias				
9. Mais de uma vez por dia				











11. Qual(is) a(s) prática(s) sexual(is) que você REALIZAVA? Marque X para resposta SIM.

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

12. Antes da relação vocês realizavam atividades sexuais preliminares (beijo, abraço, massagear, toques íntimos, lamber o corpo...)?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0. Nunca				
1. Raramente				
2. Às vezes				
3. Na maioria das vezes				
4. Sempre				

13. Quais posições vocês utilizavam durante a relação sexual? Marque X para resposta SIM.

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
				
				
				
				
				
				
				
				



14. Quanto você já fez sexo com um estranho ou com uma pessoa pouco conhecida?

0. () Nunca	1. () Raramente	2. () Às vezes	3. () Na maioria das vezes	4. () Sempre
--------------	------------------	-----------------	-----------------------------	---------------

RESPOSTA SEXUAL / FUNÇÃO SEXUAL

> Agora, responda atribuindo um valor da escala: onde 0 é igual a nada e 10 é igual a muito.

15. Como você avalia o quanto é seu desejo sexual?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Como você avalia o quanto é sua excitação sexual?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Como você avalia o quanto é sua lubrificação vaginal (“sentir-se molhada”)?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Como você avalia o quanto é a sua satisfação sexual?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Você já teve orgasmo (“gozar”)? 0. () Não 1. () Sim 2. () Não sei

20. Com qual idade teve seu primeiro orgasmo (por meio de masturbação ou parceiro)? _____anos

21. Com que frequência, você tinha orgasmo durante a atividade sexual com seu parceiro?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Nunca				
1.Raramente				
2. Às vezes				
3.Quase sempre				
4. Sempre				

22. Qual a intensidade de seu orgasmo?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º Trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Você costumava sentir dor ou desconforto durante a relação sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Nunca				
1.Depende da posição utilizada				
2.Somente no início da penetração				
3. Somente com penetração profunda				
4. Sempre				

ASPECTOS SIMBÓLICOS (percepção)

24. Nos diferentes momentos, como era seu gosto em relação à atividade sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Não tive atividade sexual nesse período.				
1.Não gosto nem um pouco.				
2.Não gosto.				
3.Não gosto nem desgosto.				
4.Gosto pouco.				
5. Gosto.				
6. Gosto muito.				



25. Se dependesse da sua DISPOSIÇÃO, quantas vezes você teria relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Nunca				
1.Uma vez por mês				
2.Uma vez a cada 15 dias				
3.Uma vez por semana				
4.Duas vezes por semana				
5.Três vezes por semana				
6.Quatro vezes por semana				
7.Cinco vezes por semana				
8.Todos os dias				
9.Mais de uma vez por dia				

26. Se dependesse da DISPOSIÇÃO de seu parceiro, quantas vezes vocês teriam relações sexuais?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
0.Não sei				
1.Nunca				
2.Uma vez por mês				
3.Uma vez a cada 15 dias				
4.Uma vez por semana				
5.Duas vezes por semana				
6.Três vezes por semana				
7.Quatro vezes por semana				
8.Cinco vezes por semana				
9.Todos os dias				
10.Mais de uma vez por dia				

27. Qual a prática sexual que lhe PROPORCIONAVA prazer?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Masturbação				
Ser masturbada pelo parceiro				
Masturbar o meu parceiro				
Masturbação mútua				
Receber sexo oral				
Fazer sexo oral no parceiro				
Sexo oral mútuo "69"				
Sexo pela vagina				
Sexo pelo ânus				
Estimulação com vibrador				
Outras				

28. Como você considera sua vida sexual?

	Antes Gestação	1º Trimestre	2º trimestre	3º trimestre
0. Muito ruim				
1. Ruim				
2. Regular				
3. Boa				
4. Excelente				

29. Como você avalia o quanto o sexo é importante na sua vida?

Antes gravidez	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3º trimestre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética da ULS



PARECER TÉCNICO Nº13/25

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Para: Centro de Investigação e Inovação Clínica

Cc: _____

Assunto: Vivência da sexualidade na gravidez.

Estudo 15.2025- Vivência da sexualidade na gravidez - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna/Obstetrícia. Investigadora – Enf^a Carolina Leitão.

Trata-se de um estudo académico, realizado através da aplicação de um questionário no final da consulta de vigilância pré-natal e tem como objetivo aprofundar os conhecimentos sobre a vivência da sexualidade da mulher durante a gravidez.

Analisada a documentação submetida, entende a CES emitir parecer favorável ao estudo proposto.

P'la Comissão de Ética



16/04/2025

**ANEXO VIII – Autorização dos autores para Utilização do
Questionário da Sexualidade na Gestação**

Pedido de Parecer aos Autores do Questionário “Sexualidade na Gestação”

CL Carolina Cotrim Leitão   Responder  Responder a todos  Reencaminhar  ...
Para: d2flc@udesc.br; fernando.cardoso@udesc.br; csacomori@yahoo.com.br; csacomori@udd.cl ter, 18/02/2025 05:44



Bom dia Sr. Fernando Cardoso e D. Cíara Sacomori,
Espero que se encontrem bem.

Eu chamo-me Carolina Leitão, enfermeira a exercer funções no Hospital ██████████ (Portugal) e encontro-me a frequentar o mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém. Para poder concluir o mestrado foi-me proposta a elaboração de um projeto de investigação cujo título é "Vivência da sexualidade na gravidez: intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e Obstetrícia". Para tal gostaria de utilizar o questionário da sexualidade na gestação desenvolvido por vós (envio em anexo), de forma a aplicar no contexto de consulta de vigilância pré-natal às mulheres grávidas.
Venho por este meio pedir o vosso parecer para poder utilizar o questionário por vos desenvolvido.

Fico a aguardar resposta.
Muito obrigada pela atenção, caso tenham alguma questão ou precisem de algum documento da minha parte é só solicitar.

Com os melhores cumprimentos
Carolina Leitão

CS CINARA SACOMORI .<csacomori@udd.cl>   Responder  Responder a todos  Reencaminhar  ...
Para: Carolina Cotrim Leitão; d2flc@udesc.br; fernando.cardoso@udesc.br; csacomori@yahoo.com.br qua, 19/02/2025 14:35

Prezada Carolina,

Claro, voce pode utilizar o questionário na sua pesquisa.
Desejamos muito sucesso no seu mestrado!

Saudacoes cordiais,

.....
Cíara Sacomori, PT, Ph.D.
Profesora Investigadora Asociada, Kinesiología
Coordinadora de Actividad de Grado del Magister en Terapia Física y Rehabilitación (MAKI)
orcid.org/0000-0002-7349-7650
+(56) 2 23279209 - Anexo 3209

